

EVALUACIÓN DEL IV PLAN CANARIO SOBRE ADICCIONES (2022-2024)

WEB : <https://www.plancanarioadicciones.com/>

Queridas amigas y amigos,

El IV Plan Canario sobre Adicciones (2022-2024) ha marcado el camino en el desarrollo de políticas de prevención, atención y reintegración social en nuestra comunidad. Hoy, en un contexto en constante cambio, afrontamos un momento clave: evaluar juntos lo recorrido y proyectar el futuro con nuevas estrategias integradas, homogéneas y coherentes que respondan a las realidades emergentes.

El proceso de evaluación no es solo un ejercicio técnico, sino una oportunidad colectiva para aprender de la experiencia, reconocer logros, detectar necesidades y diseñar respuestas más eficaces y "Humanizantes" (son aquellas que ven a la persona más allá de su problema, que respetan su dignidad y que buscan acompañar su proceso de forma cercana, justa y solidaria).

Por ello, quiero animarles a participar activamente, compartiendo sus vivencias, experiencias, procesos desarrollados, necesidades detectadas e ilusiones. Cada aportación, desde lo profesional, lo comunitario o lo personal, será esencial para construir un marco de actuación más sólido, inclusivo y cercano a la realidad de las personas y familias afectadas por las adicciones y los problemas de salud mental.

La Dirección General de Salud Mental y Adicciones está comprometida con un enfoque integral, participativo y centrado en la persona. Con la colaboración de todas y todos, podremos avanzar hacia una Canarias más saludable, equitativa y cohesionada.

Les invito a caminar juntos en este proceso, con la certeza de que el futuro se construye desde la suma de esfuerzos, el diálogo y la confianza compartida.

Con mi agradecimiento y el mayor de los ánimos.

Ilmo. Sr. D. Fernando Gómez-Pamo Guerra del Río

Director General de Salud Mental y Adicciones

Gobierno de Canarias

Dirección General de Salud Mental y Adicciones

Gómez Pamo - Guerra del Río, Fernando. Médico. Director General de Salud Mental y Adicciones. Servicio Canario de la Salud.

Pereira Miragaia, José. Jefe de Servicio de Coordinación de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones. Servicio Canario de la Salud.

Hernández García, Amelia María. Jefa de Servicio de Coordinación de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones. Servicio Canario de la Salud.

Perdomo Álamo, Nicolás. Enfermero. Técnico del Servicio de Coordinación de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones. Servicio Canario de la Salud.

Rodríguez Palmero, Ángel. Psicólogo. Técnico del Servicio de Coordinación de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones. Servicio Canario de la Salud.

Velasco Villar, M^a del Mar. Enfermera. Técnica del Servicio de Coordinación de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones. Servicio Canario de la Salud.

Amador Amador, Nicolás. Unidad de apoyo del Servicio de Coordinación de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones. Servicio Canario de la Salud.

Gutiérrez León, María Adelaida. Unidad de apoyo del Servicio de Coordinación de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones. Servicio Canario de la Salud.

Diseño y elaboración

Tomé Pueyo, Miguel. Psicólogo especialista en adicciones y elaboración de planes sobre prevención de las adicciones.

Perdomo Guerra, Miguel Ángel. Psicólogo especialista en adicciones y elaboración de planes sobre prevención de las adicciones.

1 CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN	4
2 OBJETIVOS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN	6
3 MARCO DE REFERENCIA UTILIZADO	8
3.1 Marco documental, institucional y fuentes técnicas	8
3.2 Alineación con el marco estratégico nacional: Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024)	9
3.3 Sistema de información de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones	9
4 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA EVALUACIÓN COLABORATIVA	12
4.1 Enfoque de evaluación integrada e independiente por áreas	12
4.2 Componentes metodológicos de la evaluación	12
5 PARTICIPACIÓN Y COLABORACIÓN	15
6 INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	28
7 DESARROLLO DEL PROCESO DE EVALUACIÓN POR FASES	30
7.1 Estructura general de la evaluación	35
7.2 Bloques por ámbitos y sus indicadores	35
8 RESULTADO DEL PROCESO Y CONCLUSIONES	39
8.1 Sobre el proceso desarrollado	39
8.2 Diagnóstico situacional: análisis integral de determinantes, prevalencias y contexto de vulnerabilidad	41
8.2.1 Introducción y marco conceptual	41
8.2.2 Análisis de determinantes sociales del consumo de sustancias	42
8.2.3 Prevalencias de consumo y patrones de riesgo	56
8.2.4 Impacto sanitario, social y demográfico	59
8.2.5 Red asistencial y respuesta institucional: análisis de capacidad y brecha	63
8.2.6 Síntesis integrada de vulnerabilidad	65
8.2.7 Conclusión y recomendaciones estratégicas	67
8.3 Análisis, conclusiones y recomendaciones	69
8.3.1 Área 9.1. Ámbito Educativo	69
8.3.2 Área 9.2. Ámbito Familiar	80
8.3.3 Área 9.3. Ámbito Comunitario	90
8.3.4 Área 9.4. Ámbito de Ocio y Tiempo Libre	100
8.3.5 Área 9.5 Ámbito Laboral	109
8.3.6 Área 9.6. Ámbito de la Comunicación	117
8.3.7 Área 10. Atención Integral y Reducción del Daño	126
8.3.8 Área 11. Incorporación Social y Laboral	137
8.3.9 Área 12. Reducción de la Oferta	145
8.3.10 Área 13.1. Formación	152
8.3.11 Área 13.2. Investigación	159
8.3.12 Área 13.3. Sistemas de Información	164
8.3.13 Área 13.4. Coordinación y Participación	171

1 CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN

El IV Plan Canario sobre Adicciones (2022-2024) constituyó un marco estratégico fundamental para orientar las políticas públicas de prevención, tratamiento, reducción de daños y reintegración social en el ámbito de las adicciones en la Comunidad Autónoma de Canarias. Dicho Plan se diseñó alineado con la Estrategia Nacional sobre Adicciones (ENA) 2017-2024, adaptando sus principios, objetivos y líneas de actuación a las particularidades sociales, territoriales y demográficas del archipiélago.

Durante su periodo de vigencia se produjeron cambios sustanciales en el contexto social, sanitario y económico, especialmente como consecuencia de la pandemia de COVID-19, que transformaron de manera significativa los patrones de consumo, conductas de riesgo y las necesidades de atención. La crisis sanitaria y social derivada de la pandemia intensificó los problemas de salud mental y adicciones, visibilizando un incremento del uso indebido de medicamentos, especialmente hipnosedantes, así como un aumento de las conductas de riesgo y de las adicciones comportamentales.

Los datos procedentes de estudios epidemiológicos recientes, como ESTUDES (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España) y EDADES (Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España) 2022-2024, evidenciaron tendencias relevantes que condicionan la efectividad de las estrategias previstas inicialmente en el Plan. Entre ellas, se identificó el crecimiento del consumo de nuevas sustancias psicoactivas, particularmente entre población joven, acompañado de una percepción creciente de normalización del consumo; el aumento de las adicciones comportamentales, como el juego en línea, el uso compulsivo de internet y los videojuegos, con especial incidencia en adolescentes; y una mayor vulnerabilidad de determinados grupos poblacionales, como mujeres y personas en situación de exclusión social, frente al abuso de sustancias y medicamentos.

Este escenario puso de manifiesto la necesidad de revisar de forma profunda las políticas públicas en materia de adicciones, reforzando un enfoque integral basado en la salud comunitaria, la equidad, la accesibilidad y la calidad de la atención.

En este contexto, el Gobierno de Canarias impulsó estrategias integrales y coordinadas desde la Dirección General de Salud Mental y Adicciones, articulando recursos y servicios de las redes de salud mental y adicciones, y fortaleciendo la colaboración con el tercer sector.

La interrelación entre salud mental y adicciones fue reconocida como un elemento central del modelo de intervención canario. El IV Plan ya había incorporado este enfoque, priorizando un modelo centrado en la persona, la atención a la patología dual y la coordinación intersectorial. En este marco, organizaciones representativas del tercer sector desempeñaron un papel relevante, entre ellas la Federación Salud Mental Canarias en el ámbito de la salud mental y la Asociación de Entidades Canarias de Adicciones (AECAD) en el ámbito de las adicciones, contribuyendo a la atención integral y a la inclusión social de las personas afectadas.

Ante esta realidad cambiante, se consideró imprescindible desarrollar un proceso de evaluación integral del IV Plan Canario sobre Adicciones, orientado a analizar la realidad, su ejecución, valorar su impacto y efectividad, identificar aprendizajes y detectar áreas de mejora. Esta evaluación se entendió como un

instrumento clave no solo para rendir cuentas, sino también para orientar la planificación estratégica futura.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 26 de la Ley 9/1998, la evaluación del IV Plan resultó esencial para medir su impacto y definir el enfoque del V Plan Canario sobre Adicciones (2026-2030).

El proceso evaluativo se planteó con el objetivo de analizar los logros alcanzados y las áreas que requirieron mejoras en la implementación del Plan; examinar los cambios en los patrones de consumo y la prevalencia de las adicciones comportamentales; y utilizar la información generada para facilitar el aprendizaje continuo y optimizar la toma de decisiones.

En este proceso, los órganos de coordinación y participación social previstos en la Ley desempeñan un papel fundamental, especialmente la Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias y las Comisiones Insulares de Coordinación como espacios de contraste, seguimiento y aportación de una visión intersectorial y participativa.

Los resultados de la evaluación del IV Plan ponen de relieve que la planificación estratégica del V Plan Canario sobre Adicciones (2026-2030) representa una oportunidad clave para consolidar un modelo de intervención más inclusivo, eficiente y adaptativo, capaz de responder a los cambios en los patrones de consumo y de promover el bienestar integral de la población canaria. Este enfoque refuerza la consideración de las adicciones como un problema de salud pública, estrechamente vinculado a la salud mental y a los determinantes sociales, y orienta el camino hacia un modelo más resiliente y sostenible.

En este sentido, el futuro V Plan se debe concebir como una respuesta integral a las nuevas realidades sociales, sanitarias y económicas, guiada por las directrices de la Ley 9/1998, y basada en varios elementos clave: la participación social y multidisciplinar de los sectores sanitario, social, educativo, laboral, cuerpos y fuerzas de seguridad y judicial, el análisis de los resultados y aprendizajes derivados del IV Plan, la definición de objetivos estratégicos claros y alineados con las problemáticas emergentes, incluidas las adicciones digitales, la asignación adecuada de recursos financieros, técnicos y humanos, la homogeneización de la atención integral, y el establecimiento de sistemas de seguimiento y evaluación mediante indicadores claros y medibles desde el inicio.

Asimismo, se considera esencial que el diseño del V Plan se alinee de forma específica con el Plan de Salud Mental de Canarias (2019-2023), potenciando las sinergias entre ambas estrategias, especialmente en la atención a la patología dual, la prevención comunitaria y la integración de los recursos de salud mental comunitaria tanto en la prevención como en la atención a las adicciones.

De este modo, la evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones se configuró como un proceso estratégico clave, orientado a garantizar una respuesta pública integral, coordinada y sostenible frente a las adicciones, y a sentar las bases de un nuevo marco de actuación capaz de dar respuesta a los desafíos presentes y futuros de la sociedad canaria.

2 OBJETIVOS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

El proceso de evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones (2022-2024) tuvo como finalidad disponer de un análisis riguroso, sistemático y participativo que permitiera valorar el grado de implementación del Plan, sus resultados y su impacto, así como generar un diagnóstico actualizado que orientara la planificación estratégica futura.

En este marco, la evaluación se estructuró en torno a dos grandes líneas de trabajo complementarias, desarrolladas de forma secuencial:

I. **Diagnóstico situacional**

De manera complementaria a la evaluación del IV Plan, se desarrolló un diagnóstico situacional con el objetivo de:

- Comprender el contexto actual y las necesidades emergentes en el ámbito de las adicciones en Canarias.
- Analizar la evolución de los patrones de consumo, la aparición de nuevas adicciones comportamentales y los cambios en los perfiles de vulnerabilidad.
- Incorporar información procedente de los datos de la DGSMA, estudios epidemiológicos, fuentes estadísticas y aportaciones de los agentes implicados.
- Identificar retos estratégicos y áreas prioritarias de intervención desde una perspectiva de salud pública, comunitaria y de equidad.
- Generar una base de conocimiento actualizada, con un cuadro de indicadores, que sirviera de soporte para la definición de objetivos y líneas estratégicas del V Plan Canario sobre Adicciones.

II. **Evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones**

Esta línea de trabajo tuvo como objetivos:

- Analizar la implementación del IV Plan, valorando el grado de ejecución de las estrategias y acciones previstas en su diferentes áreas y ámbitos.
- Identificar los logros alcanzados y las áreas de mejora o desarrollo pendientes durante su periodo de vigencia.
- Evaluar la efectividad de las intervenciones desarrolladas en relación con la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y de las adicciones comportamentales.
- Examinar la eficiencia y optimización en el uso de los recursos asignados, atendiendo a criterios de sostenibilidad, calidad e impacto.
- Identificar las interrelaciones entre adicciones y salud mental, priorizando la atención integral y la coordinación intersectorial.
- Evaluar el grado de integración y coordinación entre la red de atención a las adicciones y las redes sanitarias y de salud mental, detectando brechas y formulando propuestas de mejora para su alineación.
- Elaborar recomendaciones estratégicas basadas en las lecciones aprendidas, orientadas al diseño de futuros planes y programas.
- Promover la transparencia, la sensibilización y la participación ciudadana en el proceso evaluativo, fomentando la implicación activa de los distintos agentes sociales.

De este modo, el proceso de evaluación combinó el análisis retrospectivo del IV Plan con un diagnóstico actualizado de la realidad, permitiendo articular un enfoque de mejora continua y sentar las bases para una planificación estratégica más adaptada a las nuevas realidades sociales, sanitarias y territoriales de la Comunidad Autónoma de Canarias.

3 MARCO DE REFERENCIA UTILIZADO

El proceso de evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones (2022-2024) se sustentó en un marco de referencia documental, normativo y técnico consolidado, que garantizó el rigor metodológico, la coherencia institucional y la alineación con las estrategias nacionales y autonómicas en materia de adicciones y salud mental.

3.1 Marco documental, institucional y fuentes técnicas

La evaluación se apoyó en un conjunto amplio y complementario de documentos estratégicos, sistemas de información y fuentes institucionales, que permitieron analizar de manera integrada el diseño, la implementación, los resultados y el impacto del IV Plan. Entre los principales referentes utilizados se incluyeron:

- El IV Plan Canario sobre Adicciones (2022-2024) y su documento anexo de indicadores, que constituyeron la referencia principal para el análisis del grado de ejecución de las estrategias y acciones, estructuradas conforme a sus áreas, objetivos y líneas de actuación.
- Los datos e información facilitados por la Dirección General de Salud Mental y Adicciones, que resultaron esenciales para el proceso evaluativo. Esta información permitió analizar el desarrollo del IV Plan por áreas de intervención, conforme a su estructura interna, y valorar la implementación de las actuaciones en los ámbitos de prevención, atención, reducción de daños, reinserción social, coordinación institucional y formación. Asimismo, estos datos posibilitaron examinar el grado de integración entre las políticas de adicciones y salud mental, así como la evolución de la atención a la patología dual en Canarias.
- El Plan de Salud Mental de Canarias, que permitió contextualizar el enfoque integral del IV Plan, analizar la coordinación entre las redes asistenciales de salud mental y adicciones, y valorar la coherencia de las actuaciones desarrolladas con el modelo comunitario y centrado en la persona.
- Las memorias anuales del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) y los informes del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), que aportaron un marco de referencia estatal para la comparación de tendencias, la interpretación de resultados y la definición de prioridades estratégicas. En particular, se utilizaron los Indicadores Clave sobre Drogas y Adicciones como referencia para el análisis de la evolución de los consumos, las adicciones comportamentales y su impacto sanitario y social.
- Fuentes estadísticas y estudios epidemiológicos oficiales, entre los que destacaron las encuestas EDADES, ESTUDES y otros informes técnicos disponibles, que proporcionaron información actualizada sobre los patrones de consumo, las conductas con potencial adictivo, los perfiles de vulnerabilidad y las tendencias emergentes.

Este conjunto de fuentes permitió disponer de una base empírica facilitando un análisis contextualizado de la situación de las adicciones en Canarias, así como su

comparación con el ámbito estatal, y reforzando un enfoque basado en la evidencia científica.

3.2 Alineación con el marco estratégico nacional: Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024)

El contenido de los objetivos de evaluación del IV Plan se plantearon de forma coherente con los principales marcos estratégicos nacionales, garantizando la convergencia de principios, enfoques y prioridades.

La evaluación evidenció una alineación sustancial del IV Plan con la Estrategia Nacional sobre Adicciones, especialmente en relación con:

- La prevención y la atención integral, desde un enfoque multidisciplinar y orientado a la reducción de riesgos y daños.
- La sensibilización y concienciación social, promoviendo una sociedad informada y corresponsable.
- La coordinación y homogeneización de las redes asistenciales, especialmente entre los servicios de adicciones y salud mental.
- La atención a colectivos vulnerables, mediante actuaciones específicas adaptadas a sus necesidades.

Asimismo, el IV Plan incorporó un sistema de indicadores de seguimiento y evaluación, en coherencia con los mecanismos promovidos por la Estrategia Nacional y el PNSD.

3.3 Sistema de información de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones

El proceso de evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones (2022-2024) se basó de manera sustancial en el sistema de información de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones, el cual se configuró como un instrumento clave para el seguimiento, análisis y evaluación del desarrollo del Plan conforme a su estructura, áreas estratégicas y líneas de actuación.

Este sistema de información permitió organizar y analizar los datos de acuerdo con los ejes y áreas del IV Plan, garantizando la coherencia entre los objetivos estratégicos definidos, las acciones implementadas y los resultados obtenidos. De este modo, la información generada se alineó directamente con los distintos ámbitos de intervención del Plan, facilitando una evaluación sistemática y estructurada.

En relación con las áreas del IV Plan Canario sobre Adicciones, se buscó evaluar los siguientes aspectos en cada una de ellas:

- Área de prevención y sensibilización: analizar el desarrollo de actuaciones preventivas en los ámbitos educativo, familiar, comunitario y laboral, así como las actuaciones de sensibilización y formación dirigidas a la población general y a colectivos específicos.

- **Área de Atención Integral y Área de Reducción del Daño:** evaluar la actividad desarrollada por los recursos y dispositivos que conforman la red de atención a las adicciones, analizando su capacidad, accesibilidad, equidad territorial y continuidad asistencial, así como los mecanismos de coordinación con la red de salud mental, con especial atención a la atención a la patología dual. Asimismo, examinar el grado de implementación y adecuación de las actuaciones de reducción de riesgos y daños, valorando su adaptación a los perfiles de consumo, necesidades emergentes y cambios epidemiológicos detectados durante el periodo de vigencia del Plan, así como su impacto en la mejora de la salud y la calidad de vida de las personas atendidas
- **Área de Incorporación Social y Laboral:** valorar las actuaciones orientadas a la inclusión social, la inserción sociolaboral y el acompañamiento comunitario de las personas con problemas de adicciones, analizando su contribución a los procesos de autonomía personal, recuperación e integración social.
- **Área de Reducción de la Oferta:** analizar las actuaciones dirigidas a la reducción de la disponibilidad y accesibilidad de sustancias adictivas, en el marco de las competencias autonómicas y locales, valorando la coordinación con los ámbitos de seguridad, inspección, control normativo y salud pública. Asimismo, evaluar la implementación de medidas de control de la oferta legal e ilegal, la aplicación de la normativa vigente, las acciones de prevención ambiental y comunitaria, y la adaptación de estas actuaciones a los nuevos patrones de consumo, sustancias emergentes y contextos de riesgo, durante el periodo de vigencia del Plan.
- **Área de Soporte y Apoyo (Formación; Investigación; Sistema de información; Coordinación y participación; Evaluación; Comunicación y difusión de acciones):** analizar los mecanismos de coordinación interinstitucional y gobernanza, la cooperación con las entidades locales y la colaboración con el tercer sector, en coherencia con las competencias recogidas en la Ley 9/1998, garantizando un enfoque integral, participativo y eficiente de las políticas sobre adicciones. Asimismo, evaluar el desarrollo de acciones formativas dirigidas a profesionales, el impulso de la investigación y la gestión del conocimiento, la utilización de la información para la mejora de la práctica, y el fortalecimiento de los sistemas de registro, seguimiento y análisis de datos, como herramientas clave para la planificación, evaluación y mejora continua de las intervenciones.

El sistema de información, con sus debilidades y fortalezas, permitió examinar de manera transversal la integración entre las políticas de adicciones y salud mental, aportando información relevante sobre la evolución de la atención a la patología dual, la coordinación entre redes asistenciales y la adecuación de los recursos a un modelo de atención integral y centrado en la persona.

La información facilitada por la Dirección General de Salud Mental y Adicciones posibilitó, además, el análisis de diferencias territoriales y necesidades específicas por islas y ámbitos locales, desde el enfoque de equidad y proximidad recogido en el IV Plan y en la normativa autonómica vigente.

En conjunto, el sistema de información de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones constituyó una herramienta estratégica fundamental para la evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones, al permitir vincular de forma directa los datos

disponibles con las áreas, objetivos y líneas de actuación del Plan. Este enfoque facilitó la identificación de fortalezas, brechas y oportunidades de mejora, y proporcionó una base sólida para la formulación de recomendaciones y para el diseño del V Plan Canario sobre Adicciones (2026-2030) desde una perspectiva basada en la evidencia, la coherencia institucional y la adaptación a la realidad canaria.

4 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA EVALUACIÓN COLABORATIVA

4.1 Enfoque de evaluación integrada e independiente por áreas

La evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones (2022-2024) se desarrolló conforme a lo establecido en el propio Plan, específicamente en su apartado 13.5, aplicando un enfoque colaborativo, integral y basado en la evidencia, que garantizó el rigor técnico, la coherencia institucional y la participación social.

La evaluación integrada se concibió no solo como una herramienta para medir el grado de ejecución y el impacto del IV Plan, sino también como un proceso estratégico orientado a la construcción de un diagnóstico sólido, que sirviera de base para el diseño del V Plan Canario sobre Adicciones (2026-2030). Este enfoque permitió articular una respuesta operativa y dinámica, alineada con las necesidades emergentes y con un modelo de salud pública y comunitaria, centrado en la promoción del bienestar en el archipiélago canario.

El modelo metodológico aplicado combinó una evaluación integrada del Plan en su conjunto con una evaluación específica e independiente de cada una de las áreas y ámbitos de intervención, con el fin de garantizar una visión profunda y diferenciada de su funcionamiento y resultados.

La evaluación de las distintas áreas del IV Plan se realizó conforme a criterios técnicos homogéneos, permitiendo la comparabilidad de resultados y la identificación de fortalezas, brechas y oportunidades de mejora.

4.2 Componentes metodológicos de la evaluación

En el desarrollo del presente análisis y evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones se han tenido en cuenta de forma expresa los mecanismos de evaluación y seguimiento recogidos en el punto 15 del propio Plan, conforme a lo establecido en el Modelo CIPP (Contexto, Input, Proceso, Producto). Dichos mecanismos han orientado tanto la recogida como el análisis de la información, permitiendo valorar de manera sistemática el contexto, los recursos disponibles, los procesos de implementación y los resultados obtenidos durante el periodo de vigencia del Plan.

De igual modo, se ha integrado de forma transversal la perspectiva de género, tal y como se recoge en el punto 15, analizando la adecuación, coherencia, eficacia, impacto, satisfacción y eficiencia de las actuaciones desde un enfoque de igualdad. Este análisis ha permitido identificar posibles efectos diferenciales entre mujeres y hombres, así como detectar situaciones que pudieran reproducir desigualdades de género en el acceso a los recursos o en los resultados obtenidos.

Finalmente, el proceso de evaluación ha considerado los mecanismos de coordinación y responsabilidad previstos en el Plan (punto 15.1), valorando la implicación de los agentes responsables e implicados, así como la información procedente de los sistemas de seguimiento y de los documentos de evaluación anual y memoria final. Todo ello ha contribuido a una valoración integral del grado de cumplimiento del Plan y a la formulación de conclusiones orientadas a la mejora continua de las políticas públicas en materia de adicciones.

El proceso desarrollado ha conllevado las siguientes acciones:

a) Revisión documental y análisis de fuentes secundarias

Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de:

- Informes de seguimiento y memorias anuales de ejecución del IV Plan.
- Documentación técnica y normativa asociada al desarrollo del Plan.
- Datos cuantitativos procedentes de encuestas epidemiológicas oficiales, como EDADES y ESTUDES, que permitieron identificar patrones de consumo, tendencias emergentes y perfiles de riesgo.
- Información procedente de las memorias anuales del Plan Nacional sobre Drogas y de los sistemas de indicadores estatales, como marco comparativo.

b) Evaluación cuantitativa y cualitativa basada en indicadores

La evaluación combinó metodologías cuantitativas y cualitativas, aplicando métodos objetivos y basados en la evidencia científica.

Se utilizaron los indicadores definidos en el IV Plan Canario sobre Adicciones, estructurados en:

- Indicadores de diseño: orientados a evaluar la coherencia de la estructura del Plan con los objetivos estratégicos planteados.
- Indicadores de proceso: destinados al seguimiento de la implementación de las acciones, el grado de avance hacia los objetivos y la calidad de las actividades realizadas.
- Indicadores de resultado e impacto: centrados en la medición de cambios en indicadores de salud, bienestar y cohesión social, así como en la efectividad y el alcance de las acciones ejecutadas.

Este sistema permitió valorar tanto la ejecución como los resultados obtenidos en cada área del Plan.

c) Evaluación cualitativa y participación social

Se incorporó un análisis cualitativo de la percepción sobre la efectividad, pertinencia y adecuación de las intervenciones desarrolladas con la participación de representantes de instituciones públicas, entidades no lucrativas, profesionales, personas usuarias, familiares y especialistas en salud mental y adicciones, garantizando la incorporación de una visión plural, cercana a la realidad y centrada en las personas.

d) Contextualización territorial y enfoque local

El análisis se contextualizó dentro del marco específico de Canarias, adaptando los instrumentos y los resultados a las características sociales, territoriales y demográficas de las distintas islas. Este enfoque permitió:

- Incorporar perspectivas comunitarias.
- Promover enfoques descentralizados y sensibles a la diversidad territorial.
- Garantizar un análisis inclusivo y representativo, en coherencia con las competencias del ámbito local recogidas en la Ley 9/1998.

e) Perspectiva multidimensional

La evaluación incorporó una perspectiva multidimensional, integrando:

- Un enfoque micro, centrado en la persona, su entorno inmediato y los factores individuales y familiares.
 - Un enfoque macro, que analizó las dinámicas sociales, económicas y comunitarias que influyen en el fenómeno de las adicciones.
- Esta aproximación permitió una comprensión holística de los factores de riesgo y protección, así como de los determinantes sociales de la salud.

f) Enfoque de mejora continua e innovación

La evaluación se orientó a la mejora continua, utilizando los resultados obtenidos para:

- Consolidar la continuidad y sostenibilidad de las acciones exitosas.
- Ajustar y rediseñar aquellas intervenciones que no alcanzaron los objetivos previstos.
- Redefinir objetivos y estrategias en función de las necesidades emergentes y los aprendizajes derivados del proceso evaluativo.

5 PARTICIPACIÓN Y COLABORACIÓN

Se ha considerado que la participación y colaboración de los agentes clave debía realizarse en consonancia con la Ley 9/1998, que establece un marco normativo para la coordinación, la participación social y la colaboración interinstitucional en materia de adicciones.

La Ley 9/1998, en su Capítulo II del Título IV, regula la coordinación y la participación social mediante:

- Comisiones Insulares de Coordinación (Art. 27): Instrumento clave para garantizar la coherencia y efectividad en la implementación de las políticas insulares.
- Fomento de las iniciativas sociales (Art. 28): Fomenta la colaboración con ENL (Entidades No Lucrativas) para fortalecer las acciones de prevención, asistencia y reinserción.
- Competencias locales (Art. 33 y 34): Los municipios, especialmente los de más de 20.000 habitantes, deben participar activamente en la elaboración de planes locales y en la implementación de estrategias.

La participación de los agentes clave asegura mayor eficiencia y efectividad dado que la inclusión de diversos puntos de vista enriquece la planificación, lo que permite diseñar acciones más completas y adecuadas a la realidad. Cada actor aporta conocimientos, experiencias y recursos que potencian los resultados.

La colaboración entre sectores públicos, privados y comunitarios fomenta la creación de redes sólidas y sostenibles y facilita la distribución equitativa de responsabilidades y recursos. Permite que las estrategias sean sensibles y adaptadas a las características sociales y económicas específicas de Canarias y especialmente mejora la cohesión y evita duplicidades o contradicciones en las acciones.

En concreto:

- las instituciones públicas garantizan la coherencia con políticas y normativa.
- las entidades del tercer sector proporcionan una visión práctica y cercana a las realidades sociales.
- la académica ofrece rigor metodológico y análisis imparcial.
- la población objetivo asegura que las acciones se ajusten a sus necesidades y prioridades.
- Las entidades educativas, sociales y comunitarias actúan como multiplicadores de las estrategias de prevención y sensibilización.

De manera previa, tomando como referencia la ley 9/98, la participación en la elaboración del IV Plan Canario y el desarrollo de proyectos y actuaciones, estos agentes clave se han clasificado en varias categorías:

ÁREAS INSTITUCIONALES Y ESTRUCTURAS SOCIALES

1. Instituciones Públicas:

- Gobierno de Canarias:

1. Consejería de Sanidad:

1. Dirección General de Salud Mental y Adicciones
2. Dirección General de Salud Pública
3. Dirección General de Programas Asistenciales (SCS)
4. Atención Primaria – Servicio Canario de la Salud (SCS)
5. Red Hospitalaria – Servicio Canario de la Salud (SCS)

2. Consejería de Bienestar Social, Igualdad, Juventud, Infancia y Familias:

1. Dirección General de Juventud
2. Dirección General de Protección a la Infancia y la Familia
3. Dirección General de Derechos Sociales e Inmigración
4. Dirección General de Diversidad
5. Dirección General de Dependencia y Discapacidad
6. Instituto Canario de Igualdad
7. Dirección General de Mayores y Participación Activa

3. Consejería de Educación, Formación Profesional, Actividad Física y Deportes:

1. Dirección General de Ordenación de las Enseñanzas, Inclusión e Innovación
2. Dirección General de Formación Profesional y Enseñanzas de Régimen Especial
3. Dirección General de Actividad Física y Deportes

4. Consejería de Turismo y Empleo

1. Dirección General de Trabajo
2. Servicio Canario de Empleo
3. Instituto Canario de Seguridad Laboral (ICASEL)

5. Consejería de Universidades, Ciencia e Innovación y Cultura

1. Dirección General de Universidades e Investigación

6. Consejería de Presidencia, Administraciones Públicas, Justicia y Seguridad

1. Dirección General de Seguridad y Emergencias
2. Dirección General de Relaciones con la Administración de Justicia

7. Agricultura, Ganadería, Pesca y Soberanía Alimentaria

1. Dirección General de Agricultura
2. Dirección General de Ganadería
3. Dirección General de Pesca

8. Consejería de Economía, Industria, Comercio y Autónomos

1. Dirección General de Industria
2. Dirección General de Comercio y Consumo
3. Dirección General de Apoyo a Autónomos y Emprendimiento

9. Delegación del Gobierno en Canarias

- Cabildos Insulares: Técnicos de las áreas de salud, educación y servicios sociales.
 1. Cabildo de El Hierro
 2. Cabildo de Fuerteventura
 3. Cabildo de La Gomera
 4. Cabildo de Lanzarote
 5. Cabildo de La Palma
 6. Cabildo de Gran Canaria
 7. Cabildo de Tenerife
- Ayuntamientos: Representantes locales, incluyendo técnicos en promoción de la salud y prevención.
 1. El Hierro:
 1. Ayuntamiento de El Pinar
 2. Ayuntamiento de Frontera
 2. Fuerteventura
 1. Ayuntamiento de Antigua
 2. Ayuntamiento de Betancuria
 3. Ayuntamiento de Puerto del Rosario
 4. Ayuntamiento de Pájara
 5. Ayuntamiento de Tuineje
 3. Gran Canaria
 1. Ayuntamiento de Agaete
 2. Ayuntamiento de Agüimes
 3. Ayuntamiento de Artenara
 4. Ayuntamiento de Arucas
 5. Ayuntamiento de Firgas
 6. Ayuntamiento de Gáldar
 7. Ayuntamiento de Ingenio
 8. Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria
 9. Ayuntamiento de La Aldea de San Nicolás
 10. Ayuntamiento de Mogán
 11. Ayuntamiento de Moya
 12. Ayuntamiento de San Bartolomé de Tirajana
 13. Ayuntamiento de Santa Brígida
 14. Ayuntamiento de Santa Lucía de Tirajana
 15. Ayuntamiento de Santa María de Guía
 16. Ayuntamiento de Tejeda
 17. Ayuntamiento de Telde
 18. Ayuntamiento de Teror
 19. Ayuntamiento de Valleseco
 20. Ayuntamiento de Vega de San Mateo
 4. La Gomera
 1. Ayuntamiento de Alajeró
 2. Ayuntamiento de Hermigua
 3. Ayuntamiento de San Sebastián de La Gomera
 4. Ayuntamiento de Valle Gran Rey
 5. Ayuntamiento de Vallehermoso

5. La Palma
 1. Ayuntamiento de Breña Alta
 2. Ayuntamiento de Breña Baja
 3. Ayuntamiento de El Paso
 4. Ayuntamiento de El Paso
 5. Ayuntamiento de Fuencaliente de La Palma
 6. Ayuntamiento de Garafía
 7. Ayuntamiento de Los Llanos de Aridane
 8. Ayuntamiento de Mazo
 9. Ayuntamiento de Puntagorda
 10. Ayuntamiento de Puntallana
 11. Ayuntamiento de San Andrés y Sauces
 12. Ayuntamiento de Santa Cruz de La Palma
 13. Ayuntamiento de Tijarafe
 14. Ayuntamiento de Villa de Mazo
6. Lanzarote
 1. Ayuntamiento de Arrecife
 2. Ayuntamiento de Haría
 3. Ayuntamiento de San Bartolomé
 4. Ayuntamiento de Teguise
 5. Ayuntamiento de Tinajo
 6. Ayuntamiento de Yaiza
7. Tenerife
 1. Ayuntamiento de Arico
 2. Ayuntamiento de Arona
 3. Ayuntamiento de Buenavista del Norte
 4. Ayuntamiento de Candelaria
 5. Ayuntamiento de El Rosario
 6. Ayuntamiento de El Sauzal
 7. Ayuntamiento de El Tanque
 8. Ayuntamiento de Fasnia
 9. Ayuntamiento de Garachico
 10. Ayuntamiento de Granadilla de Abona
 11. Ayuntamiento de Guía de Isora
 12. Ayuntamiento de Güímar
 13. Ayuntamiento de Icod de los Vinos
 14. Ayuntamiento de La Laguna (San Cristóbal de La Laguna)
 15. Ayuntamiento de La Matanza de Acentejo
 16. Ayuntamiento de La Orotava
 17. Ayuntamiento de La Victoria de Acentejo
 18. Ayuntamiento de Los Realejos
 19. Ayuntamiento de Los Silos
 20. Ayuntamiento de Puerto de la Cruz
 21. Ayuntamiento de San Juan de la Rambla
 22. Ayuntamiento de San Miguel de Abona
 23. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife
 24. Ayuntamiento de Santiago del Teide

- 25. Ayuntamiento de Tacoronte
- 26. Ayuntamiento de Tegueste
- 27. Ayuntamiento de Tegueste
- 28. Ayuntamiento de Vilaflor
- Federación Canaria de Municipios (FECAM)
- Administraciones Consejería Educación:
 - 1. Servicio de Innovación Educativa
 - 2. Área de Tecnología Educativa (Medusa, blogs)
 - 3. Inclusión y Atención (varios programas)
 - 4. Prevención del Acoso Escolar
 - 5. Promoción de Salud y Educación Emocional
 - 6. Educación Ambiental y Sostenibilidad
 - 7. Comunicación Lingüística, Bibliotecas y Radios Escolares
 - 8. Patrimonio Social, Cultural e Histórico Canario
 - 9. Sociedad, Cultura y Cooperación
 - 10. Familia y Participación Educativa
 - 11. Programa STEAM
 - 12. Red Educativa InnovAS
 - 13. Centros del Profesorado (CEP)
 - 14. Coordinación de Áreas, Proyectos y Programas
 - 15. Proyectos y Certificaciones
 - 16. Catálogo de proyectos Curso 2024-2025
 - 17. Objetivos estratégicos (Agenda 2030, EQAVET, redes)
- Centros del Profesorado por islas:
 - 1. CEP El Hierro
 - 2. CEP Norte de Tenerife
 - 3. CEP La Laguna
 - 4. CEP Santa Cruz de Tenerife
 - 5. CEP Tenerife Sur
 - 6. CEP La Gomera
 - 7. CEP La Palma
 - 8. CEP Las Palmas de Gran Canaria
 - 9. CEP Noroeste de Gran Canaria
 - 10. CEP Telde
 - 11. CEP Lanzarote
 - 12. CEP Gran Tarajal
 - 13. CEP Puerto del Rosario
- 2. Organizaciones No gubernamentales (ONG), Entidades No Lucrativa (ENL):
 - Confederaciones y Federaciones de AMPAS de Canarias
 - 1. Confederación de AMPAS de las Islas Canarias (CONFAPA Canarias)
 - 2. Federación Insular Tinerfeña de AMPAS (FITAPA)
 - 3. Federación de AMPAS Galdós (Gran Canaria)
 - 4. Federación Insular Majorera de AMPAS (FIMAPA, Fuerteventura)
 - 5. Federación de AMPAS de Lanzarote (FAPA Lanzarote)
 - 6. Federación de AMPAS de La Palma (FAPA La Palma)
 - 7. FAPA La Gomera (Garajonay)

- Movimiento Asociativo Comunitario (tomando como referencia el registro de [Asociaciones Canarias](#), entre las más representativas están):
 1. UAVC (Unión de Asociaciones Vecinales Canarias – 8 Islas)
 2. FAV-Aguere
 3. Unión Verdeña
 4. FAAM Los Menceyes
 5. Federación Vecinal El Real (Las Palmas GC)
 6. Federación Alcorac–Guanche (Las Palmas GC)
 7. Movimiento Vecinal Canario (Las Palmas GC)
 8. Federación Vecinal Las Medianías (Las Palmas GC)
- MOVIMIENTO ASOCIATIVO JUVENIL Asociaciones Juveniles y Federaciones en Canarias:
 1. ACVIPJC (Sección Infancia, Adolescencia y Juventud de la Asociación de Cooperación y Voluntariado Internacional Prensa Juvenil Canarias)
 2. AEGEE Las Palmas
 3. ÁGORA (Asociación Mujeres Jóvenes de Gran Canaria, Ágora Violeta)
 4. AMIAT
 5. ASCAF (Sección Juvenil de la Asociación Cultural Amador Frontera)
 6. CRJ (Cruz Roja Juventud Canarias)
 7. DEDEULL (Delegación de Estudiantes Derecho ULL)
 8. ESLPV (Erasmus Students Las Palmas Vulcano)
 9. ICEAN Joven
 10. JNC (Jóvenes Nacionalistas de Canarias)
 11. JSC (Juventudes Socialistas de Canarias)
 12. JUP (Juventudes de la Unidad Progresista de la ONCE – Canarias)
 13. NEXO (Asociación de Estudiantes NEXO)
 14. NNGG (Nuevas Generaciones de Canarias)
 15. OJE (Organización Juvenil Española)
 16. ROTARACT (Rotaract Club La Laguna)
 17. Secuencia 27 (Juvenil de La Farola Films)
 18. UDECA (Unión de Estudiantes de Canarias)
 19. Tercera Juventud
 20. Felices con Narices
 21. Mojo de Caña
 22. Killing Art
 23. Múltiples asociaciones del CJC
 24. Pro Inclusiva
 25. KAUA (Asociación Juvenil y Cultural de Taco, Tenerife)
 26. Alabente (Asociación para la Liberación de la Anorexia y la Bulimia en Tenerife)
 27. Grupo Scout Atamán – ASDE Scouts de Canarias
 28. Grupo Scout Aguerre – ASDE Scouts de Canarias
 29. Varios grupos Scout en Tenerife y Gran Canaria
 30. Delegación de Alumnos – Facultad de Física (ULL)

31. Delegación de Alumnos – Facultad de Psicología (ULL)
32. Servicio de Información y Orientación – ULL
33. Asociación Canaria de Universidades Populares (ACUP)
- Federaciones Deportivas
 1. Federación Canaria de Actividades Subacuáticas
 2. Federación Canaria de Ajedrez
 3. Federación Canaria de Arrastre
 4. Federación Canaria de Atletismo
 5. Federación Canaria de Automovilismo
 6. Federación Canaria de Bádminton
 7. Federación Canaria de Baloncesto
 8. Federación Canaria de Balonmano
 9. Federación Canaria de Barquillos de Vela Latina Canaria
 10. Federación Canaria de Béisbol y Sófbol
 11. Federación Canaria de Billar
 12. Federación Canaria de Bola Canaria y Petanca
 13. Federación Canaria de Boxeo
 14. Federación Canaria de Caza
 15. Federación Canaria de Ciclismo
 16. Federación Canaria de Colombicultura/Colombofilia
 17. Federación Canaria de Deportes Aéreos
 18. Federación Canaria de Deportes para Personas con Discapacidades
 19. Federación Canaria de Esgrima
 20. Federación Canaria de Espeleología
 21. Federación Canaria de Esquí Náutico
 22. Federación Canaria de Fútbol
 23. Federación Canaria de Gimnasia
 24. Federación Canaria de Golf
 25. Federación Canaria de Halterofilia
 26. Federación Canaria de Hípica
 27. Federación Canaria de Hockey
 28. Federación Canaria de Judo y DA
 29. Federación Canaria de Juego del Palo Canario
 30. Federación Canaria de Karate y DA
 31. Federación Canaria de Kick Boxing
 32. Federación Canaria de Lucha Canaria
 33. Federación Canaria de Lucha del Garrote
 34. Federación Canaria de Luchas y DA
 35. Federación Canaria de Montañismo
 36. Federación Canaria de Motociclismo
 37. Federación Canaria de Motonáutica
 38. Federación Canaria de Natación
 39. Federación Canaria de Pádel
 40. Federación Canaria de Patinaje
 41. Federación Canaria de Pelota
 42. Federación Canaria de Pentatlón Moderno

43. Federación Canaria de Pesca y Casting
 44. Federación Canaria de Piragüismo
 45. Federación Canaria de Rugby
 46. Federación Canaria de Salto del Pastor
 47. Federación Canaria de Salvamento y Socorrismo
 48. Federación Canaria de Shorinji Kempo
 49. Federación Canaria de Squash
 50. Federación Canaria de Surf
 51. Federación Canaria de Taekwondo y DA
 52. Federación Canaria de Tenis
 53. Federación Canaria de Tenis de Mesa
 54. Federación Canaria de Tiro con Arco
 55. Federación Canaria de Tiro Olímpico
 56. Federación Canaria de Triatlón
 57. Federación Canaria de Vela
 58. Federación Canaria de Vela Latina Canaria de Botes
 59. Federación Canaria de Voleibol
- Entidades cuyos fines y estatutos sean la prevención y tratamiento de adicciones, atención y promoción de la salud mental y de la salud integral.
 - Asociaciones de usuarios y familiares.

3. Empresas y sectores representativos :

- Sectores Representativas:
 1. ASHOTEL (Asociación Hotelera y Extrahotelera de Tenerife)
 2. ASOFUER (Asociación de Empresarios Turísticos de Fuerteventura)
 3. ASOLAN (Asociación Insular de Empresarios de Hoteles y Apartamentos de Lanzarote)
 4. Confederación Canaria de Empresarios
 5. FEHT (Federación de Empresarios de Hostelería y Turismo de Las Palmas)
 6. AEHT – Asociación Empresarial de Hostelería de Lanzarote.
 7. FECOESCA – Federación de Comercio de Las Palmas.
 8. FECAP – Federación de Empresarios del Comercio de Lanzarote.
 9. FET – Federación de Empresarios del Transporte de Canarias
 10. FETRA – Federación de Transportes de Tenerife.
 11. Navieras y operadores agrupados en la patronal portuaria.
 12. ASAGA Canarias – Asociación de Agricultores y Ganaderos de Canarias.
 13. COAG Canarias – Coordinadora de Organizaciones de Agricultores y Ganaderos.
 14. UGAP – Unión de Ganaderos y Agricultores de la Provincia de Las Palmas.
 15. Fedex – Federación Provincial de Exportadores de Frutas y Hortalizas de Santa Cruz de Tenerife.

16. Fedex- Las Palmas – Federación de Exportadores de Frutas, Hortalizas y Flores de Las Palmas
 17. FEPECO – Federación Provincial de Entidades de la Construcción
 18. Asociación de Empresarios de la Construcción de Tenerife
 19. AECP – Asociación de Empresarios Constructores y Promotores de Las Palmas
 20. APROLEC – Asociación Provincial de Empresarios de la Construcción de Lanzarote
 21. Asociación de Empresarios de la Construcción de Fuerteventura
 - Sindicatos:
 1. Comisiones Obreras (CC.OO.)
 2. CSIF (Central Sindical Independiente y de Funcionarios)
 3. SEPCA (Sindicato de Empleados Públicos de Canarias)
 4. UGT Canarias
 5. Intersindical Canaria
 6. Sindicalistas de Base
 7. ANPE Canarias
 8. STEC-IC
 9. INSUCAN
 10. CO.BAS Canarias
 11. USPS Canarias
 12. Alternativa Sindical Obrera Canaria
 13. Confederación Autónoma Nacionalista Canaria
 14. Confederación Canaria de Trabajadores
 15. Frente Sindical Obrero de Canarias (FSOC)
 16. Sindicato Obrero Canario (SOC)
 17. USO Canarias
 18. CNT Canarias
 - Fuerzas Armadas
 1. Cuartel General Mando de Canarias
4. Red de Atención a las Adicciones
5. Red de Salud Mental
- Servicio/Dispositivo
 1. Unidades de Salud Mental (USM)
 2. Hospitales de Día (Adultos)
 3. Hospitales de Día Infanto-Juveniles
 4. Unidades de Media Estancia (UME)
 5. Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)
 6. Atención en Urgencias Psiquiátricas
 7. Equipos de Atención Domiciliaria
 8. Unidades de Internamiento Breve (UIB)
 9. Dispositivos infanto-juveniles en otras islas
6. Entidades Sociosanitarias
- Entidad
 1. CERMI Canarias

2. Federación Salud Mental Canarias
3. Plena inclusión Canarias
4. AFES Salud Mental / UNED
5. ATELSAM
6. ANTAD
7. Asociación Sofía – Promoción de la Salud
8. Asociación Salud Mental Atelsam
9. Hermanos de Belén, C. G.
10. AFITEN
11. ASTER
12. APEDECA
13. ATEM
14. COORDI CANARIAS
15. Parkinson Tenerife
16. ADACEA
17. Asociación Queremos Movernos
18. ADT - Asociación para la Diabetes de Tenerife
19. AFATE
20. AHETE
21. AMATE
22. Asociación Corazón y Vida de Canarias
23. Fundación Canaria Alejandro da Silva contra la Leucemia
24. Fundación Canaria Oliver Mayor contra la Fibrosis Quística
25. Fundación Canaria Pequeño Valiente
26. ERTE - Asociación Enfermos Renales de Tenerife
27. AICCANAR
28. ASOCIDE
29. ASORTE
30. FASICAN
31. FUNCASOR
32. ONCE
33. ABIA
34. Fundación ADECCO
35. APANATE
36. Ilusiones para el Autismo
37. ATIMANAH
38. Casa Familiar Manolo Torras
39. Fundación Tutelar Canaria Sonsoles Soriano Bugnion
40. Asociación Tinerfeña de Trisómicos 21
41. ASINLADI
42. ACAMAN
43. ASPERCAN
44. Asociación Palmera para la Prevención y Tratamiento de Toxicomanías
45. Asociación San Miguel
46. Asociación San Miguel Programa FÉNIX
47. Calidad de Vida

48. Calidad de Vida Proyecto PLATAFORMA
 49. Centro de Salud de Agüimes
 50. Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial. Gran Canaria
 51. Colectivo Gamá
 52. Cáritas
 53. Cáritas Proyecto Drago
 54. Fundación ADSIS
 55. Fundación Ataretaco
 56. Fundación Canaria MAIN
 57. Fundación Canaria Yrichen
 58. Fundación EDEX
 59. Fundación IDEO - adicciones
 60. Fundación IDEO - Justicia Juvenil
 61. Fundación Sagrada Familia
 62. Fundación SocioSanitaria
 63. HESTIA, Asociación
 64. Médicos del Mundo
 65. Oblatas del Santísimo Redentor
 66. Proyecto Hombre
 67. Proyecto ICI Taco
7. Asociaciones de Consumidores
- Asociación/Organización
 1. FACUA Canarias (Facua-Consumidores en Acción)
 2. Asociación de Consumidores de Canarias (CONCA)
 3. ACUC (Asociación Canaria de Usuarios y Consumidores)
 4. Unión de Consumidores de Canarias (UCONPA-CECU)
 5. AUSCAN (Asoc. Consumidores Zonas Comerciales)
 6. ACDECO (Centro de Tenerife)
 7. ENERAGUA (Energía y Agua)
 8. ACUA (Atlántico)
 9. CICA (Consumidores Indignados de Canarias)
 10. ADECU (Defensa Consumidores Canaria)
 11. ACCUS (Cons. Sanitarios en Canarias)
 12. FECACU (Federación Canaria de Consumidores)
 13. TAGOROR, Asociación Provincial de Amas de Casa y Consumo
 14. ACOGRAN - CECU, Asociación de Consumidores de Gran Canaria
 15. OPROCU, Organización Provincial Ordalías de Consumidores y Usuarios
 16. UCE Las Palmas
 17. ASICONCA, Asociación Independiente de Consumidores Canarios
 18. PANIS, Asociación de Consumidores y Usuarios
 19. COCELAN, Sociedad Cooperativa de Consumidores
 20. ACOPA - CECU, Asociación de Consumidores de Las Palmas de G.C.
 21. ATLÁNTIDA, Asociación Provincial de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios
 22. La Senda de Fuencaliente, Asociación de Amas de Casa y Familia

23. Monserrat Los Sauces, Asociación de Amas de Casa y Familia
24. Fátima Las Manchas, Asociación de Amas de Casa y Familia
25. Asociación de Organizaciones de Consumidores y Usuarios de Zonas Comerciales de Canarias
26. GIRDANA, Asociación de Consumidores, Usuarios y Amas de Casa
27. ADICU, Asociación para la Defensa de los Intereses de los Consumidores y Usuarios
28. AMADOR, Amas de Casa, Consumidores y Usuarios
29. CONZUR, Asociaciones de Consumidores y Usuarios Zona Sur
30. A.CAN.DEF.US.CO, Asociación Canaria para la Defensa de Usuarios y Consumidores
31. NIVARIA, Asociación de Consumidores y Usuarios
8. Instituciones Penitenciarias
 - Órgano/Entidad
 1. Centro Penitenciario Las Palmas I
 2. Centro Penitenciario Las Palmas II
 3. CIS “Guillermo Miranda”
 4. Centro Penitenciario Tenerife II
 5. CIS “Mercedes Pinto”
 - CIEMIS
9. Colegios Profesionales:
 - Colegios Oficiales:
 1. Psicología – Las Palmas de GC
 2. Psicología – Santa Cruz de Tenerife
 3. Veterinarios – Santa Cruz de Tenerife
 4. Veterinarios – Las Palmas de GC
 5. Enfermería – Las Palmas de GC
 6. Enfermería – Santa Cruz de Tenerife
 7. Abogados – Las Palmas de GC
 8. Abogados – Santa Cruz de Tenerife
 9. Trabajo Social – Las Palmas de GC
 10. Trabajo Social – Santa Cruz de Tenerife
 11. Educación Física – Canarias
 12. Farmacéuticos – Tenerife
 13. Farmacéuticos – Las Palmas
 14. Graduados Sociales – Tenerife
 15. Graduados Sociales – Gran Canaria
 16. Educadores Sociales – Canarias
 17. Terapeutas Ocupacionales – Canarias
 18. Médicos – Santa Cruz de Tenerife
 19. Médicos – Las Palmas de GC
 20. Fisioterapeutas – Canarias
10. Comisiones Interinstitucionales:
 - Redes existentes para la implementación y evaluación del IV Plan.
11. Fuerzas de Seguridad:

- Policía Local, Guardia Civil, Policía Nacional, Policía Canaria y otros agentes implicados en la regulación y control de sustancias y espacios.

REFERENTES

12. Participantes en la elaboración del Plan de Salud Mental
13. Personas que colaboraron en la elaboración del IV Plan
14. Centros educativos de primaria y secundaria:
 - Representantes de directivos y asociaciones de padres y madres.
 - Departamentos de orientación escolar.
 - Proyectos de promoción de la salud.
15. Otros de Red de Adicciones y Salud Mental:
 - Profesionales de unidades de salud mental y adicciones.
 - Técnicos/as especializados en patología dual.
16. Representantes Comunitarios:
 - Líderes comunitarios y vecinales: representantes de barrios y municipios con mayor prevalencia de adicciones.
17. Sociedad Civil:
 - Ciudadanía, especialmente jóvenes y personas en situación de vulnerabilidad.
18. Expertos/as Académicos y Profesionales:
 - Investigadores/as en áreas de salud pública, sociología, psicología y adicciones.

6 INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Con el objetivo de facilitar la participación y la transparencia, se creó una página web específica para la Evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones.

Enlace WEB: <https://www.plancanarioadicciones.com/>

Esta plataforma permitió:

- Reunir toda la documentación del proceso, informes intermedios, indicadores y herramientas descargables.
- Implementar los cuestionarios online destinados a personal técnico, responsables institucionales, entidades colaboradoras, asociaciones, clubes y población general.
- La web funcionó también como repositorio de datos y como espacio de coordinación interinstitucional, optimizando la eficiencia en la recogida y comparación de información entre niveles autonómico, insular y municipal.

Para el desarrollo del proceso evaluativo se utilizaron formularios estructurados, dirigidos a los diferentes agentes implicados en la implementación del Plan.

Estos instrumentos permitieron:

- Recoger información cuantitativa y cualitativa sobre el grado de ejecución de las acciones.
- Valorar el nivel de conocimiento y participación en el IV Plan.
- Identificar buenas prácticas, barreras y necesidades emergentes.
- Facilitar la participación de profesionales, entidades sociales y ciudadanía de manera accesible y sistematizada.

En la evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones se diseñó y aplicó un conjunto de 11 cuestionarios online, participativos, multidimensionales e interinstitucionales, específicamente adaptados a los distintos ámbitos del Plan (Educativo, Familiar, Comunitario, Ocio y tiempo libre, Laboral, Medios de comunicación, Atención integral y reducción del daño, Incorporación social y laboral, Información–investigación–sistemas de información, Reducción de la oferta y Coordinación–participación).

Estos instrumentos combinan preguntas cerradas e indicadores cuantitativos con bloques abiertos de valoración cualitativa, y comparten una estructura común que incluye: información general de la entidad o persona que responde, grado de conocimiento y uso del IV Plan, nivel de implementación de actuaciones, coordinación interinstitucional, disponibilidad de recursos y formación, detección y respuesta ante situaciones de riesgo, así como necesidades, propuestas y barreras percibidas.

Cada cuestionario se dirige a perfiles específicos (centros educativos y técnicos de prevención en el ámbito educativo; familias, AMPA y agentes comunitarios en el

ámbito familiar; profesionales municipales e insulares, tercer sector, colectivos ciudadanos o redes comunitarias en los ámbitos comunitario, laboral, atención integral, incorporación social o coordinación–participación) y está precedido por una presentación que explica el sentido del instrumento, los objetivos del área del Plan y el tipo de información que se pretende recoger.

De forma transversal, todos incorporan variables relacionadas con: grado de ejecución de las acciones previstas; eficacia percibida y evaluación de impacto (a través de ítems sobre existencia de evaluación, indicadores básicos y resultados); calidad y estabilidad de la coordinación institucional; equidad territorial y accesibilidad a recursos; sostenibilidad de las intervenciones (frecuencia, continuidad, apoyos institucionales y financiación); y presencia o no de enfoques específicos, como la formación en parentalidad positiva en el ámbito familiar, la integración curricular y la educación emocional en el ámbito educativo, o la existencia de espacios formales de participación ciudadana en el bloque de coordinación y participación.

En términos operativos, los cuestionarios se implementaron en formato online para facilitar una participación amplia y accesible de profesionales, entidades sociales y ciudadanía, permitiendo respuestas en nombre de unidades familiares, centros, servicios técnicos o colectivos tras procesos de reflexión interna. Todos incluyen un último bloque de indicadores básicos (número de acciones realizadas, personas o familias participantes, centros atendidos, procesos participativos, etc.), que, aun siendo de cumplimentación opcional, aporta una base cuantitativa mínima para contextualizar las valoraciones cualitativas y orientar la construcción de propuestas de mejora en el próximo Plan Canario sobre Adicciones.

Enlace cuestionarios: <https://www.plancanarioadicciones.com/blank>

7 DESARROLLO DEL PROCESO DE EVALUACIÓN POR FASES

El proceso de evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones se ha desarrollado de forma programada y secuencial a lo largo de tres fases complementarias: preliminar, de participación y de análisis-diagnóstico.

Cada una de ellas ha contado con objetivos específicos y acciones diferenciadas, orientadas a garantizar una comprensión integral del grado de implementación del Plan. La fase preliminar se centró en la planificación metodológica y determinación de instrumentos; la fase de participación articuló la recogida de información con los distintos agentes y niveles institucionales implicados; y la fase de análisis y diagnóstico integró los resultados obtenidos para generar una interpretación conjunta, orientada a la formulación de conclusiones y propuestas de mejora.

La planificación fue la siguiente:

Fase	Objetivo	Actividades Principales	Fecha
I. Preliminar	Diseño del proceso, metodología e instrumentos colaborativos	1. Diseño del proceso Definición y aplicación de indicadores de diseño, proceso, resultado e impacto, que valoren tanto la coherencia como la efectividad de las acciones.	Mayo
		2. Diagnóstico Situacional • Revisión documental de informes, memorias y estadísticas oficiales. • Comprender el contexto actual y necesidades emergentes en el ámbito de las adicciones. • Análisis de la situación y diagnóstico.	Junio
II. Participación	Contextualizar	3. Contextualización en el marco canario , adaptando instrumentos y procesos a la diversidad social, territorial y demográfica del archipiélago, en especial desde las competencias de la Ley 9/98 en el ámbito local.	Julio-Agosto
	Invitación	4. Invitación a participación.	Septiembre
	Colaboración	5. Colaboración activa de instituciones, entidades sociales, profesionales, ciudadanía y personas afectadas, garantizando una visión representativa y cercana a la realidad.	Octubre
	Análisis de la realidad	6. Contraste y validación de los hallazgos preliminares	Noviembre
III. Análisis de la situación y diagnóstico	Elaboración del informe final	7. Elaboración del informe final • Incorporación de una perspectiva multidimensional que integre factores individuales, familiares, comunitarios y socioeconómicos. • Identificación de fortalezas, debilidades y retos del Plan.	Diciembre

		Propuesta de mejora continua, asegurando la sostenibilidad de las acciones exitosas y el rediseño de aquellas que no alcanzaron los objetivos previstos.	
--	--	--	--

Fase I. Preliminar

Actividad 1: Diseño del proceso. Definición y aplicación de indicadores de diseño, proceso, resultado e impacto, que valoren tanto la coherencia como la efectividad de las acciones. Revisión documental de informes, memorias y estadísticas oficiales.

Objetivo: Diseñar el proceso, la metodología y los instrumentos colaborativos.

Durante esta fase se diseñó el proceso de evaluación, se definieron y aplicaron los indicadores de diseño, proceso, resultado e impacto, y se llevó a cabo la revisión documental de informes, memorias y estadísticas oficiales. Asimismo, se adaptaron los instrumentos y procedimientos al marco canario, teniendo en cuenta la diversidad social, territorial y demográfica del archipiélago, con especial énfasis en el ámbito local.

El diseño de esta fase preliminar permitió definir el enfoque metodológico, los instrumentos de recogida de información y los mecanismos de participación y contraste, incorporando desde el inicio criterios de evaluación de diseño, proceso, resultados e impacto, así como la perspectiva de género y la lógica del Modelo CIPP¹ (Contexto, Input, Proceso y Producto).

En la fase preliminar del proceso de evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones, y como documentos de partida, se diseñaron y elaboraron tres documentos de trabajo, en coordinación con la Dirección General de Salud Mental y Adicciones. Estos documentos tuvieron como finalidad establecer las bases metodológicas, los recursos y las condiciones iniciales necesarias para el desarrollo del proceso evaluativo, garantizando su coherencia con el sistema de evaluación recogido en el punto 15 del Plan. Estos tres documentos fueron:

- **Documento I. Preguntas generales para situar proceso: (Contexto y proceso)**

El primer documento tuvo como objetivo situar el contexto institucional, estratégico y operativo en el que se ha desarrollado el IV Plan Canario sobre Adicciones, mediante un conjunto estructurado de preguntas clave. Estas preguntas permitieron analizar los procesos de coordinación, gobernanza y alineación del Plan con otras estrategias autonómicas, estatales y sectoriales, así como el grado de implicación de los distintos sistemas (sanitario, educativo, social, laboral, fuerzas y cuerpos de seguridad, judicial y comunitario).

Este documento facilitó una lectura transversal del funcionamiento del Plan, abordando aspectos como la coordinación interinstitucional, la relación con el Plan Nacional sobre Drogas, el estado de los órganos de coordinación previstos en la normativa, y la integración con la red de salud mental, con especial atención a la

¹ Marco de evaluación orientado a la toma de decisiones que analiza de forma sistemática las necesidades del contexto, los recursos y estrategias empleadas, el desarrollo de la implementación y los resultados obtenidos, con el fin de mejorar la planificación, ejecución e impacto de programas o intervenciones.

patología dual. Su función principal fue generar un marco interpretativo común para la evaluación, identificando fortalezas, debilidades y nudos críticos del proceso de implementación.

ANEXO I: [Preguntas generales para situar procesos](#)

- **Documento II. Participación para la evaluación del IV Plan (Contexto – proceso colaborativo)**

El segundo documento se centró en mapear y estructurar la participación de los agentes clave implicados en el IV Plan Canario sobre Adicciones, con una doble finalidad: fortalecer la evaluación del IV Plan y sentar las bases participativas para la elaboración del V Plan.

Este documento permitió identificar y organizar de forma sistemática a las instituciones públicas, entidades del tercer sector, redes profesionales, ámbito educativo, agentes comunitarios, universidades, fuerzas de seguridad y asociaciones de personas usuarias y familiares, favoreciendo un enfoque colaborativo y multinivel. La sistematización de contactos, roles y espacios de participación facilitó la generación de un proceso evaluativo compartido, alineado con los principios de gobernanza, corresponsabilidad y participación recogidos en el Plan.

ANEXO II: [Sobre participación para la elaboración del IV Plan y elaboración del V](#)

- **Documento III. Resultados de indicadores por actuaciones y datos (producto y resultados)**

El tercer documento tuvo como finalidad recoger y analizar los resultados de los indicadores de evaluación asociados a las actuaciones en las que el IV Plan atribuye responsabilidad directa a la Dirección General de Salud Mental y Adicciones.

Para ello, se estructuró la información por ámbitos y áreas de actuación, permitiendo valorar de manera sistemática el grado de ejecución, alcance y características de las acciones desarrolladas.

Este documento constituye la base del análisis de productos y resultados, al incorporar indicadores cuantitativos y cualitativos relacionados con prevención, atención integral, reducción de daños, incorporación social, reducción de la oferta, formación, investigación, sistemas de información, coordinación y evaluación. Asimismo, permitió analizar el número y perfil de las personas atendidas, incorporando la variable sexo y otros criterios relevantes, en coherencia con la perspectiva de género establecida en el sistema de evaluación del Plan.

ANEXO III: [Conocer alcance de actuaciones](#)

En conjunto, estos tres documentos permitieron estructurar el proceso evaluativo desde una lógica coherente, participativa y basada en evidencias, asegurando la alineación con los mecanismos de evaluación definidos en el punto 15 del IV Plan Canario sobre Adicciones. La fase preliminar sentó las bases para una

evaluación integral, combinando análisis de contexto, seguimiento de procesos y valoración de resultados, y facilitando la generación de aprendizajes útiles tanto para la evaluación del IV Plan como para la planificación estratégica del futuro V Plan.

Actividad 2: Diagnóstico situacional

Objetivo: Comprender el contexto actual y necesidades emergentes en el ámbito de las adicciones. Análisis de la situación y diagnóstico.

El diagnóstico situacional ha tenido como objetivo comprender de manera sistemática el contexto actual de las adicciones, identificar tendencias de consumo, necesidades emergentes y factores de riesgo y protección, así como disponer de una base objetiva que oriente la planificación, la priorización de actuaciones y la toma de decisiones.

Para ello, se ha llevado a cabo una revisión documental exhaustiva de informes, memorias y estadísticas oficiales, tanto de ámbito estatal como autonómico, prestando especial atención a los indicadores definidos por el Plan Nacional sobre Drogas, que constituyen el marco de referencia común para el análisis comparado y la evaluación de políticas públicas.

El análisis se ha organizado siguiendo la estructura del Boletín de Indicadores Clave sobre Drogas y Adicciones del PNSD², agrupando la información en 10 grandes bloques analíticos, permitiendo una lectura integral y coherente de la situación.

Para la elaboración del diagnóstico situacional se han tomado como referencia fundamental los informes, memorias y datos disponibles de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones (DGSMA), como órgano competente en la planificación, coordinación y seguimiento de las políticas públicas en materia de adicciones y salud mental en la Comunidad Autónoma de Canarias.

La información procedente de la DGSMA ha permitido complementar los indicadores de ámbito estatal con una lectura ajustada a la realidad autonómica, aportando datos sobre actividad asistencial, perfiles de las personas atendidas, funcionamiento de la red de recursos, patología dual y necesidades emergentes detectadas durante el periodo de vigencia del Plan. Esta integración de fuentes ha contribuido a un análisis más preciso del contexto, reforzando la coherencia del diagnóstico y su utilidad para la toma de decisiones y la planificación estratégica.

En conjunto, el diagnóstico situacional, elaborado a partir de la revisión documental y el análisis estructurado según el esquema del PNSD, permite comprender el estado actual de las adicciones, identificar tendencias y necesidades emergentes y establecer una base sólida para la definición de prioridades estratégicas. Este enfoque garantiza la coherencia con los sistemas de información estatales, facilita

2

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2025/2025_Boletin_PNSD_Indicadores_Clave.pdf

la comparación territorial y refuerza la calidad técnica del proceso de planificación y evaluación.

Fase II. Participación

Actividad 3: Contextualización en el marco canario.

Objetivo: adaptar instrumentos y procesos a la diversidad social, territorial y demográfica del archipiélago, en especial desde las competencias de la Ley 9/98 en el ámbito local.

La Actividad 3 se ha diseñado específicamente para dar cumplimiento al objetivo de contextualizar la evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones en el marco social, territorial y demográfico propio del archipiélago, con especial atención a las competencias que la Ley 9/1998 atribuye al ámbito local.

En este sentido, se han adaptado tanto los instrumentos de recogida de información como los procesos de análisis a la diversidad de realidades insulares y municipales, de manera que los resultados reflejen no solo una fotografía global de Canarias, sino también las especificidades de los distintos territorios, sus recursos disponibles, sus desigualdades y sus particularidades poblacionales.

Para alcanzar este objetivo, la evaluación ha organizado la información en torno a un esquema de evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones, que constituye una síntesis estructurada de los resultados por grandes ámbitos estratégicos de actuación. Este esquema integra, para cada ámbito, los datos procedentes de los cuestionarios sectoriales y de otras fuentes complementarias, con el propósito de ofrecer una visión compacta y comprensible del grado de desarrollo de las políticas, los recursos y las prácticas desplegadas durante el periodo 2022–2024.

Se articula en bloques temáticos (Educativo; Familiar; Ocio y tiempo libre; Comunitario; Laboral; Medios de comunicación; Atención integral y reducción del daño; Incorporación social y laboral; Formación–Investigación–Sistemas de información; y Coordinación y Participación), que siguen una estructura común.

En cada bloque se describen los objetivos del Plan en ese ámbito, el perfil de las entidades que responden, el nivel de conocimiento del IV Plan, el grado de implantación de actuaciones, las capacidades disponibles, las principales barreras, las necesidades detectadas, los aspectos positivos y las prioridades de futuro señaladas por los agentes participantes.

Desde el punto de vista metodológico, funciona como un marco de lectura transversal de la evaluación colaborativa, ya que agrupa y ordena la información en indicadores operativos (existencia y regularidad de programas, integración en la planificación institucional, coordinación intersectorial, formación y materiales disponibles, protocolos de detección y derivación, participación ciudadana, etc.). Esto permite interpretar de forma sistemática cómo se ha desplegado el IV Plan en los distintos ámbitos, identificar patrones comunes (fortalezas y debilidades estructurales)

y aportar una base argumental sólida para las conclusiones generales y las recomendaciones estratégicas del próximo Plan Canario sobre Adicciones.

7.1 Estructura general de la evaluación

Cada bloque parte de los objetivos del Plan en ese ámbito y se apoya en la información recogida mediante cuestionarios sectoriales, complementada con datos cuantitativos (cuando existen) y valoraciones cualitativas de los agentes implicados. Los bloques siguen un esquema común: descripción del perfil de informantes, nivel de conocimiento del Plan, grado de implementación de actuaciones, capacidades del sistema, barreras, necesidades, aspectos positivos y prioridades de futuro.

7.2 Bloques por ámbitos y sus indicadores

- **Ámbito educativo:** indicadores sobre existencia y regularidad de programas preventivos, integración en currículo y Proyecto Educativo de Centro, coordinación con Educación/INNOVAS, formación docente, disponibilidad de materiales, existencia de protocolos ante casos y valoración de la participación familiar.
- **Ámbito familiar:** indicadores sobre conocimiento del Plan, frecuencia de actividades preventivas con familias, apoyo institucional, formación ofrecida, disponibilidad de materiales, detección de riesgos en el hogar, conocimiento de protocolos y recursos, barreras percibidas y tipos de necesidades de apoyo.
- **Ámbito ocio y tiempo libre:** indicadores de implantación de acciones (regulares/ocasionales), presencia de actividades de ocio saludable, componentes de prevención digital, existencia de actuaciones de reducción de riesgos en ocio nocturno, coordinación con otros agentes, formación del personal de ocio y disponibilidad de materiales preventivos.
- **Ámbito comunitario:** indicadores sobre frecuencia de acciones comunitarias, participación en iniciativas del Plan, tipo de actividades (campañas, talleres, ocio saludable, proyectos financiados), coordinación intersectorial (servicios sociales, salud, educación, ONG), nivel de formación de agentes y existencia de materiales y protocolos de detección y derivación.
- **Ámbito laboral:** indicadores de existencia y regularidad de medidas preventivas en centros de trabajo, inclusión en planes de prevención de riesgos laborales, evaluación de riesgos ambientales, coordinación con servicios de prevención y salud laboral, formación de delegados/as y mandos intermedios, presencia de campañas internas y existencia de protocolos de actuación ante casos detectados.
- **Medios de comunicación:** indicadores sobre grado de conocimiento del Plan, tipos de acciones comunicativas (programas, entrevistas, campañas, redes sociales), alcance estimado, existencia de criterios editoriales específicos sobre adicciones, formación recibida por el personal y necesidades de apoyo institucional o técnico.
- **Atención integral y reducción del daño:** indicadores relativos a cartera de servicios ofrecidos, uso de protocolos, presencia de intervenciones de reducción de riesgos, coordinación con salud mental y otros dispositivos,

abordaje de patología dual, dotación de recursos, barreras estructurales y prioridades de mejora.

- **Incorporación social y laboral:** indicadores sobre existencia de programas de acompañamiento psicosocial, recursos de vivienda/asilo, itinerarios de inserción laboral, colaboración con empresas y PIRS, volumen de participantes, tasas de inserción percibidas, y dificultades ligadas a estigma, empleabilidad y financiación.
- **Formación, investigación y sistemas de información:** indicadores de participación en acciones formativas, áreas formativas prioritarias, modalidades (presencial/online), participación en investigaciones, limitaciones para investigar y tipo de sistemas de información utilizados, incluyendo su grado de interoperabilidad y explotación de datos.
- **Coordinación y participación:** indicadores sobre conocimiento del Plan, participación en espacios de coordinación y diseño de políticas, existencia de estructuras formales de participación ciudadana, barreras percibidas (información, cultura participativa, canales estables) y apoyos necesarios para fortalecer la gobernanza compartida.

Actividad 4: Invitación a la participación.

Objetivo: Incorporar la visión de los/as agentes implicados y contrastar la realidad del Plan.

En esta fase se realizó la invitación a la participación de instituciones, entidades sociales, profesionales, ciudadanía y personas afectadas. Se promovió la colaboración activa y se desarrollaron espacios de contraste y validación de los hallazgos preliminares, favoreciendo el diálogo y el consenso.

“Estimados/as compañeros/as:

Este año 2025 iniciamos la evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones 2022/2024. Una cuestión importante para la evaluación es la participación en la misma de todas las entidades y organizaciones, públicas y privadas, con responsabilidad en los diferentes ámbitos, prevención y sensibilización, atención integral y reducción del daño e incorporación socio laboral. Por ello, contactamos con ustedes para además de solicitar su máxima colaboración, como hacen siempre, informales sobre la empresa que se va a encargar de realizar la evaluación, así como procedimientos y temporalización.

Por ello sería importante que desde cada entidad nos faciliten los nombres del personal que va a colaborar en la evaluación de forma activa, con sus contactos: correo y teléfono.

Además les remitimos unas fichas para que las cumplimenten desde cada entidad. Y nos las remitan al sad.scs@gobiernodecanarias.org. Les rogamos que sea lo más pronto posible, en la semana del 26 al 29 de mayo. Cualquier duda nos contactan en el servicio de adicciones. Muy agradecidos.

DGSMA”³

³ Invitación enviada a las instituciones, asociaciones, profesionales, etc. desde la DGSMA

Actividad 5 y 6: Colaboración activa de instituciones, entidades sociales, profesionales, ciudadanía y personas afectadas, garantizando una visión representativa y cercana a la realidad. Contraste y validación de los hallazgos preliminares

Objetivo: Fomentar la colaboración activa entre instituciones, entidades sociales, profesionales, ciudadanía y personas afectadas, asegurando una representación amplia y una comprensión cercana de la realidad. Contrastar y validar los hallazgos preliminares del diagnóstico situacional mediante un proceso de participación y colaboración activa de instituciones públicas, entidades sociales, profesionales de distintos ámbitos, ciudadanía y personas con experiencia directa, con el fin de asegurar una visión representativa, contextualizada y ajustada a la realidad social y territorial de Canarias desde los indicadores del IV Plan.

El diseño y desarrollo del Plan se fundamenta en la colaboración activa y estructurada de instituciones públicas, entidades del tercer sector, profesionales de distintos ámbitos, ciudadanía y personas afectadas, con el objetivo de garantizar una visión amplia, representativa y ajustada a la realidad social y territorial de Canarias.

La participación de las administraciones públicas ha intentado asegurar la coherencia con las políticas sanitarias, sociales y educativas, así como la integración del Plan en los marcos normativos y estratégicos vigentes. Las entidades sociales y comunitarias aportan un conocimiento directo de los contextos de mayor vulnerabilidad, de las necesidades emergentes y de las barreras reales de acceso a los recursos, complementando la visión institucional.

La implicación de profesionales sanitarios, sociales, educativos y del ámbito de la justicia ha pretendido permitir incorporar la experiencia técnica y asistencial acumulada, favoreciendo un enfoque interdisciplinar y basado en la evidencia. Asimismo, la participación de la ciudadanía y de las personas con experiencia directa en el consumo de sustancias ha buscado contribuir a visibilizar perspectivas habitualmente infrarrepresentadas, mejorar la pertinencia de las intervenciones y reforzar el enfoque centrado en la persona.

Esta metodología participativa fortalece la calidad del diagnóstico, promueve la corresponsabilidad entre los distintos agentes implicados y favorece el diseño de medidas más eficaces, equitativas y sostenibles, evitando duplicidades y asegurando una respuesta coordinada y adaptada a la diversidad social y territorial del archipiélago.

Anexo IV: [Participación en los cuestionarios de la Evaluación IV Plan Canario](#)

Anexo V: [Resultados y conclusiones desde la colaboración activa de instituciones, entidades sociales, profesionales, ciudadanía y personas afectadas en la evaluación del IV Plan Canario](#)

Fase III. Análisis de la situación y diagnóstico

Actividad 7: Elaboración del informe final

Objetivo: Elaboración del informe final. Incorporación de una perspectiva multidimensional que integre factores individuales, familiares, comunitarios y socioeconómicos. Identificación de fortalezas, debilidades y retos del Plan. Propuesta de mejora continua, asegurando la sostenibilidad de las acciones exitosas y el rediseño de aquellas que no alcanzaron los objetivos previstos.

En el marco de las acciones desarrolladas, se procedió a la elaboración del informe final, integrando una perspectiva de análisis multidimensional que contempló factores individuales, familiares, comunitarios y socioeconómicos. Esta metodología permitió abordar la complejidad del contexto de intervención y ofrecer una visión integral sobre el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos.

El proceso incluyó la identificación sistemática de fortalezas, debilidades y retos del Plan, a partir de la recopilación y análisis de información cuantitativa y cualitativa procedente de las distintas fuentes implicadas. Dicho diagnóstico sirvió de base para la formulación de propuestas de mejora continua, orientadas a preservar la sostenibilidad de las actuaciones exitosas y al rediseño o reorientación de aquellas que no alcanzaron los resultados previstos, asegurando así la eficiencia y efectividad del conjunto de intervenciones implementadas.

8 RESULTADO DEL PROCESO Y CONCLUSIONES

8.1 Sobre el proceso desarrollado

La evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones se ha realizado desde un enfoque colaborativo y participativo, atendiendo a las fases previstas en la planificación y apoyándose en la información recogida a través de los datos disponibles de la DGSMa, la revisión documental de informes, memorias y estadísticas oficiales, así como en cuestionarios sectoriales dirigidos a agentes implicados en la implementación del Plan.

No obstante, la representatividad alcanzada en la fase colaborativa resulta muy limitada. Ha sido insuficiente y la muestra final presenta una escasa diversidad territorial, sectorial y funcional, lo que impide considerar los resultados como plenamente representativos del conjunto de agentes, recursos y ámbitos implicados en el desarrollo del IV Plan Canario sobre Adicciones.

En consecuencia, los resultados derivados del proceso participativo deben interpretarse como una aproximación cualitativa y exploratoria, útil para identificar percepciones, tendencias generales y áreas de mejora, pero no como un diagnóstico generalizable al conjunto del archipiélago ni a todos los ámbitos de actuación. Esta limitación metodológica constituye un elemento relevante a tener en cuenta para el diseño de futuros procesos evaluativos.

La fase preliminar permitió establecer un marco metodológico coherente, mediante el diseño del proceso evaluativo, la definición de instrumentos colaborativos y la revisión documental de datos, informes, memorias y estadísticas oficiales. Este trabajo facilitó una comprensión estructurada del contexto canario, así como la identificación de necesidades emergentes en el ámbito de las adicciones.

Sin embargo, la evaluación pone de manifiesto debilidades estructurales en los sistemas de información disponibles, que limitan de forma significativa su aplicación efectiva, especialmente en lo relativo a indicadores de resultados e impacto. A ello se suma la ausencia de memorias intermedias y finales de ejecución del Plan, lo que dificulta el seguimiento sistemático de las actuaciones desarrolladas y la valoración de su evolución temporal.

Asimismo, los indicadores definidos en el propio Plan presentan en muchos casos un carácter eminentemente cualitativo, carecen de líneas base claramente establecidas o no están asociados a fuentes de información operativas, lo que hace que resulten difíciles de obtener, medir o contrastar de manera homogénea. Esta situación condiciona de forma directa la capacidad de evaluación global del Plan y limita la posibilidad de realizar análisis comparativos y de impacto.

En relación con el ámbito de la prevención, la evaluación pone de manifiesto que una parte significativa de las actuaciones desarrolladas no se encuentran estructuradas en forma de programas, ni en términos de objetivos definidos, ni de

contenidos sistematizados, ni de metodologías evaluables. En la mayoría se trata de acciones puntuales, aisladas o discontinuas, que no responden a una planificación programática ni se integran en marcos de intervención estables.

Asimismo, se constata que numerosas actuaciones preventivas no se encuentran claramente referenciadas como programas, ni alineadas de manera explícita con las competencias atribuidas por la Ley 9/1998 a las administraciones locales e insulares, ni con los distintos ámbitos de intervención preventiva (educativo, comunitario, familiar, laboral u otros). Esta falta de estructuración y de anclaje competencial dificulta tanto la coherencia del conjunto de las intervenciones como su seguimiento, coordinación y evaluación.

Esta situación evidencia la necesidad de avanzar hacia un modelo de prevención más sistematizado, basado en programas claramente definidos, con objetivos medibles, contenidos coherentes y una adecuada adscripción competencial y territorial, que permita garantizar la calidad, continuidad y eficacia de las actuaciones preventivas desarrolladas en el marco del Plan.

Asimismo, la evaluación identifica que en determinados ámbitos y áreas del Plan se contemplan de forma explícita entidades corresponsables, departamentos del Gobierno y otras administraciones con las que deberían desarrollarse actuaciones de manera coordinada. Sin embargo, en la práctica, no siempre existe una colaboración efectiva, ni mecanismos estables de coordinación, y en algunos casos se desconoce qué actuaciones se están llevando a cabo, o si estas se desarrollan de forma alineada con los objetivos del Plan.

Este desajuste entre la planificación formal y la implementación real dificulta de manera significativa el seguimiento del grado de ejecución de las medidas previstas, así como la evaluación de resultados y de impacto. La ausencia de información compartida, de espacios de coordinación interinstitucional y de sistemas comunes de registro impide disponer de una visión integrada de las actuaciones desarrolladas y limita la capacidad de valorar la coherencia y eficacia global del Plan.

La evaluación evidencia, además, que las administraciones con competencias en materia de prevención, conforme a lo establecido en la Ley 9/1998, presentan un desarrollo claramente heterogéneo en el ejercicio de dichas competencias. Esta heterogeneidad se manifiesta tanto en el grado de implantación y contenido de los planes insulares y locales, como en la forma en que se conciben y ejecutan las actuaciones preventivas.

En particular, se constata una limitada integración de la prevención de adicciones en un marco integral de promoción de la salud, así como una escasa coordinación con la DGSM. Esta falta de alineación estratégica y operativa dificulta la coherencia del conjunto de las intervenciones, favorece la fragmentación de actuaciones y limita la capacidad de construir respuestas preventivas consistentes y equitativas en el territorio.

Esta situación refuerza la necesidad de avanzar hacia modelos de gobernanza más coordinados, que permitan armonizar criterios, objetivos y enfoques entre los

distintos niveles administrativos, garantizando una mayor coherencia entre la planificación autonómica y el desarrollo de las competencias insulares y locales en materia de prevención.

La fase de participación se concibió como un elemento central del proceso evaluativo, orientado a contextualizar el análisis en la realidad canaria y a contrastar los hallazgos preliminares mediante la implicación de múltiples agentes. A partir de este proceso colaborativo, se evidencia que el IV Plan ha alcanzado un cierto nivel de reconocimiento institucional y técnico, especialmente entre las administraciones públicas locales e insulares y las entidades del tercer sector especializadas en el ámbito de las adicciones.

La mayoría de los agentes participantes manifiestan conocer el Plan y desarrollar actuaciones alineadas con sus principios, lo que confirma su utilidad como marco de referencia estratégico. No obstante, esta apropiación resulta desigual según ámbitos y territorios, siendo más sólida en contextos con mayor estructura técnica y tradición de trabajo en adicciones, y más débil en espacios menos especializados. Esta situación pone de relieve la necesidad de reforzar la difusión, la operativización y la traducción práctica del Plan, así como de avanzar hacia sistemas de información más robustos que faciliten su seguimiento y evaluación.

8.2 Diagnóstico situacional: análisis integral de determinantes, prevalencias y contexto de vulnerabilidad

8.2.1 Introducción y marco conceptual

El presente apartado constituye el resumen ejecutivo del diagnóstico situacional del IV Plan Canario sobre Adicciones 2022-2024, realizado mediante metodología participativa, multidimensional e interinstitucional. Este diagnóstico integra el análisis de factores estructurales que determinan el consumo de sustancias, las prevalencias de consumo según fuentes epidemiológicas oficiales (ESTUDES 2023-2025, EDADES 2022-2024), el impacto sanitario y social documentado, y la caracterización de la red asistencial de respuesta institucional.

El enfoque metodológico se fundamenta en el reconocimiento de que el consumo de sustancias y las adicciones comportamentales no constituyen exclusivamente un problema individual o biomédico, sino un fenómeno social complejo determinado por la interacción de factores económicos, educativos, culturales, psicosociales e institucionales que actúan de forma integrada. Esta perspectiva de determinantes sociales rechaza la dicotomía tradicional que separa la "responsabilidad individual" de las "causas estructurales", reconociendo que ambas operan de manera inseparable en la génesis del consumo problemático.

Canarias presenta un escenario particular caracterizado por la convergencia simultánea de múltiples determinantes vulnerabilizantes, cuya interacción genera un efecto multiplicativo que posiciona a la región como una de las más vulnerables de España ante el consumo de sustancias y las adicciones. Esta vulnerabilidad integrada no es resultado de una única causa, sino de la intersección entre: (1) pobreza y

precariedad laboral estructural, (2) crisis de salud mental sin respuesta sistémica, (3) abandono educativo temprano con tasas de las más altas del país, (4) normalización cultural específica del consumo de sustancias, y (5) respuesta institucional fragmentada e insuficiente.

Esta vulnerabilidad integrada requiere abordajes de respuesta que superen la dicotomía tradicional entre prevención y tratamiento, demandando en su lugar políticas coordinadas que aborden los determinantes sociales subyacentes de forma simultánea. El presente diagnóstico proporciona el fundamento técnico y epidemiológico para que estas políticas se implementen con base sólida en evidencia.

8.2.2 Análisis de determinantes sociales del consumo de sustancias

A. Determinantes económicos estructurales: pobreza y precariedad laboral

Magnitud de la pobreza en canarias: contexto y dinámicas complejas

Canarias se posiciona como la quinta comunidad autónoma con mayor riesgo de pobreza y exclusión social en España, configurando un escenario económico caracterizado por profundas desigualdades. La tasa AROPE (At Risk of Poverty and/or Exclusion) indicador compuesto de la Unión Europea que mide el porcentaje de población en riesgo de pobreza, exclusión social o privación material severa, alcanza en 2024 el 31,2 %, es decir, aproximadamente 695.402 personas, aunque presenta una tendencia positiva de reducción (-2,6 puntos porcentuales en un año, desde 33,8 % en 2023, y -7,2 puntos desde 2015 cuando alcanzaba 38,4 %).

Esta mejora agregada, que refleja cuatro años consecutivos de reducción y posiciona a Canarias en la cuarta reducción más significativa del país en 2024, es relevante desde una perspectiva de políticas públicas. Sin embargo, es crítico no confundir mejora relativa con resolución del problema. La brecha con la media estatal sigue siendo considerable: mientras en el conjunto del Estado la tasa AROPE se sitúa en el 25,8 %, Canarias la supera en 5,4 puntos porcentuales. Esta diferencia significa que Canarias continúa siendo una de las regiones más vulnerables, principalmente tras Andalucía (35,6 %), Castilla-La Mancha (34,2 %), Extremadura (32,4 %) y Murcia (31,6 %).

Más allá del análisis agregado de la tasa AROPE, el desglose en sus tres componentes revela dinámicas subyacentes complejas que interactúan de forma sinérgica para generar vulnerabilidad:

Riesgo de pobreza por ingresos: El 24,6 % de la población canaria, equivalente a 550.728 personas, vive con ingresos inferiores al 60 % de la renta mediana nacional. Este umbral, establecido en 965 €/mes en 2024 por unidad de consumo, posiciona a Canarias como la sexta comunidad más afectada (tras Andalucía con mayor prevalencia). La persistencia de esta tasa elevada, a pesar de mejoras recientes, refleja que los problemas estructurales del mercado laboral canario no se han resuelto completamente. Si se utiliza el umbral de pobreza regional de Canarias (965€ al mes), la tasa de pobreza disminuye a 19,4 %, sugiriendo que parte de la vulnerabilidad responde a diferencias salariales regionales respecto a la media nacional.

Pobreza severa: El 13,2 % de la población canaria, aproximadamente 295.000 personas, se encuentra en situación de pobreza severa, caracterizada por privación extrema de bienes y servicios. Esto significa que casi 1 de cada 8 canarios/as experimenta privación severa de recursos. La implicación clínica de esta estadística es considerable: la investigación sobre adicciones documenta que la pobreza severa aumenta el riesgo de consumo problemático en 1,8-2,4 veces respecto a población sin privación severa, mediante mecanismos que incluyen: (1) automedicación como mecanismo de escape ante estrés crónico, (2) falta de acceso a recursos educativos y preventivos, (3) mayor exposición a pares consumidores, y (4) sistemas de salud mental fragmentados que generan automedicación con sustancias.(Informe AROPE 2023 / 2024 Canarias y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías).

Carencia material y social severa: El 10,8 % de la población canaria, aproximadamente 240.000 personas, experimenta privación múltiple de recursos básicos. Esta carencia incluye: imposibilidad de mantener la vivienda con temperatura adecuada, falta de capacidad para reparar electrodomésticos rotos, incapacidad de permitirse proteínas en las comidas, imposibilidad de acceso a internet, falta de dinero para transporte público. Las poblaciones que experimentan privación múltiple de este tipo muestran vulnerabilidad extraordinaria a conductas adictivas como mecanismo de escape, con asociación bidireccional: la pobreza incrementa riesgo de adicción, y la adicción perpetúa y profundiza la pobreza.(Informe AROPE 2023 / 2024 Canarias y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías).

Dificultades económicas específicas del hogar: estrés económico crónico

Más allá del análisis agregado de la pobreza según indicadores europeos estándar, existen dificultades económicas específicas que generan estrés agudo cotidiano en la gestión del hogar. Estas dificultades operacionales concretas son especialmente relevantes para comprender los mecanismos por los cuales la pobreza genera vulnerabilidad al consumo:

Indicador	Valor	Contexto
Incapacidad de afrontar gastos imprevistos	48,9 %	51,5 % mujeres, 46,3 % hombres
Cierta dificultad para llegar a fin de mes	28,2 %	Estrés moderado recurrente
Mucha dificultad para llegar a fin de mes	12,7 %	Estrés severo recurrente
Dificultad de diverso grado para fin de mes	13,8 %	Variabilidad mensual
Total con dificultad para fin de mes	55 %	Más de la mitad de hogares
Imposibilidad de ir de vacaciones (1 semana/año)	45,3 %	Falta de descanso/ruptura del estrés

Tabla 1: Dificultades económicas específicas del hogar en Canarias

Interpretación clínica del estrés económico crónico: Más de la mitad de los hogares canarios experimenta dificultades recurrentes para cubrir necesidades básicas

mensuales. Esta situación genera estrés económico crónico que activa sistemas neurobiológicos de estrés (eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal), resultando en aumento de cortisol, activación simpática persistente, y predisposición neurobiológica a la automedicación mediante sustancias. Estudios de neurotoxicología documentan que el 32 % de las recaídas en el consumo de sustancias se precipitan por crisis económicas agudas, y que individuos con estrés económico crónico muestran mayor progresión de uso ocasional a dependencia.(OMS 2014)

El aspecto diferencial de género es notable: el 51,5 % de mujeres reporta incapacidad de afrontar gastos imprevistos vs. 46,3 % de hombres. Esta brecha refleja: (1) menor acceso de mujeres al empleo estable, (2) segregación ocupacional de género hacia empleos precarios en turismo y hostelería, (3) mayor responsabilidad de cuidados sin retribución económica, y (4) brecha salarial de género incluso en empleos equivalentes. La consecuencia es que las mujeres canarias experimentan estrés económico crónico con mayor intensidad que los hombres, generando mayor automedicación con sustancias lícitas (tranquilizantes) e ilícitas.

Precariedad laboral y baja intensidad de empleo: estructura de vulnerabilidad permanente

El desempleo y la precariedad laboral constituyen determinantes críticos específicamente relevantes en Canarias debido a la estructura económica basada en el turismo estacional. Esta particularidad geográfica-económica no es incidental sino un determinante central de la vulnerabilidad actual:

Baja intensidad en el empleo (BITH): El 10,4 % de la población activa canaria, aproximadamente 87.000 personas, trabaja menos de 20 horas semanales o de forma muy esporádica, constituyendo la tercera tasa más elevada de España (vs. 8,0 % nacional). Canarias experimenta la mayor disminución de esta tasa en 2024 (-5,2 puntos respecto a 2023, mayor reducción nacional), un progreso relevante pero que aún mantiene 2,4 puntos porcentuales por encima de la media nacional. La BITH es indicador de vulnerabilidad compuesta: no solo representa desempleo, sino empleo que no genera ingresos suficientes para subsistencia, combinado con inseguridad laboral permanente.

Trabajadores pobres (in-work poverty): Aproximadamente el 18 % de los y las trabajadores/as canarios/as no logra cubrir las necesidades básicas por los bajos salarios, constituyendo una de las tasas más elevadas del país. Este fenómeno, relativamente invisible en estadísticas de desempleo, representa un escenario donde los individuos trabajan activamente pero permanecen en la pobreza. La investigación sobre adicciones documenta que los trabajadores pobres muestran 2,1-3,0 veces mayor riesgo de consumo problemático respecto a los empleados con salarios adecuados, mediante mecanismos que incluyen: (1) estrés psicosocial derivado del fracaso de que "trabajar no es suficiente", (2) ausencia de futuro esperanzador, (3) mayor exposición a sustancias en entornos laborales precarios, y (4) sistemas de salud mental inaccesibles.

Sector de máximo riesgo: Hostelería y Turismo. Los/as trabajadores/as del sector hostelería y turismo, empleador principal en Canarias, reportan prevalencias extraordinariamente elevadas de consumo problemático:

- **Consumo problemático de alcohol:** 3,2 veces mayor prevalencia respecto a media laboral
- **Consumo de cocaína:** 2,1 veces mayor prevalencia
- **Características ocupacionales:**
 - o Contratación predominantemente temporal (>70 % de contratos)
 - o Horarios irregulares que alteran los ciclos sueño-vigilia normales
 - o Acceso facilitado a sustancias en entorno laboral (consumo socializado)
 - o Salarios bajos (media del sector €18.000-22.000/año, muy por debajo de la media)
 - o Ausencia de protección de desempleo en períodos de baja ocupación
 - o Alta prevalencia de economía sumergida

El contexto turístico genera particularidades. Canarias recibe aproximadamente 13 millones de turistas anuales, con concentración estacional (picos en julio-agosto, diciembre). Esto genera una dinámica laboral donde: (1) los/as empleados/as trabajan intensas temporadas con muchas horas extras, (2) seguidas de períodos de desempleo de meses, (3) generando patrones de consumo compensatorio en períodos de desempleo (falta de estructura diaria, aburrimiento, acceso a ocio relacionado con consumo).

Implicaciones para el abordaje de las adicciones: La precariedad laboral crónica, particularmente en un contexto de estacionalidad turística, genera inseguridad económica permanente que reduce la motivación para el abandono de consumo. La pregunta clínica más frecuente en evaluaciones de motivación es: "¿Para qué dejar las drogas si no hay futuro laboral?" Programas de tratamiento que no abordan simultáneamente la inserción laboral muestran tasas de abandono 1,8 veces más elevadas que aquellos que integran intervenciones ocupacionales.

B. Salud mental: crisis sin respuesta sistémica adecuada

Prevalencia extraordinariamente elevada de trastornos mentales: escala de la crisis

Canarias presenta la prevalencia más elevada de trastornos mentales de toda España, constituyendo una de las crisis de salud mental más severas del país. Esta prevalencia no es resultado del sobre diagnóstico sino de una genuina carga de enfermedad:

Indicador	Canarias	España	Multiplicador
Prevalencia general trastornos mentales	52 %	34 %	1,53x
Tasa por 1.000 habitantes	518,5	397	1,30x

Tabla 2: Prevalencia de trastornos mentales: Canarias vs. España

Contexto y significado epidemiológico: Esta diferencia de 18 puntos porcentuales es extraordinaria en la epidemiología. Una diferencia de 10 puntos porcentuales entre regiones es considerada una crisis de salud pública; 18 puntos indica patología sistémica grave. Significa que aproximadamente 370.000 personas adicionales padecen trastornos mentales en Canarias respecto a lo esperable por la media nacional de acuerdo a su población.

Desafortunadamente, la prevalencia extraordinaria de trastornos mentales no se ve acompañada de recursos de salud mental equivalentes. El sistema de salud mental público de Canarias cuenta con:

- Aproximadamente 150-180 psicólogos clínicos en servicios públicos (ratio 1 psicólogo por 2.500-3.000 habitantes)
- Aproximadamente 60-80 psiquiatras en servicios públicos (ratio 1 psiquiatra por 6.000-7.000 habitantes)
- Versus media nacional de 1 psicólogo por 1.200-1.500 habitantes y 1 psiquiatra por 2.000-2.500

Esta desproporción genera: (1) esperas de meses para primera consulta, (2) citas espaciadas a intervalos de 2-3 meses, (3) automedicación masiva con tranquilizantes sin supervisión, (4) trasvase de pacientes con trastornos mentales al sistema de adicciones (donde muchos buscan tratamiento para automedicación con sustancias).

Aumento alarmante en menores y jóvenes: crisis aguda en población adolescente

El aumento de trastornos de ansiedad en menores de 25 años documenta un empeoramiento crítico particularmente pronunciado en la última década:

Período	Casos/1.000 hab (16-25 años)	Cambio	Cambio acumulado
2016	16,3	Línea base	—
2019	25,2	+54,6 % (3 años)	—
2022	32,8	+30 % adicional (3 años)	—
2016-2022 TOTAL	+102 % en 6 años	—	Duplicación
2022-2024 (estimado)	35-38	+7-10 % adicional	Más que duplicación 2016

Tabla 3: Aumento de trastornos de ansiedad en menores de 25 años

Interpretación clínica de la duplicación en 6 años: Los jóvenes canarios experimentan estrés y ansiedad a niveles históricamente sin precedentes. La aceleración es particularmente pronunciada post-pandemia (2020-2022), donde se observa un incremento del 30 % en solo 3 años. Esta tasa de aceleración sugiere que

no se trata simplemente de mayor detección diagnóstica sino de un genuino aumento en la prevalencia del malestar psicoemocional.

Factores causales identificados mediante análisis integrado:

- **Pobreza estructural:** Los/as adolescentes canarios crecen en un contexto de inseguridad económica permanente en sus hogares (55 % con dificultad para llegar a fin de mes)
- **Crisis educativa:** Tasa de abandono escolar de 14,4 % genera expectativas de desesperanza (14-18 años sin perspectiva de futuro educativo)
- **Precariedad laboral de progenitores:** Los padres y madres de los adolescentes actuales experimentan una vulnerabilidad laboral severa, transmitiendo estrés a sus hijos
- **Impacto pandémico:** COVID-19 colapsó los servicios de salud mental, generando 2-3 años de esperas no atendidas
- **Normalización cultural de sustancias:** La disponibilidad del cannabis a 5€/gramo genera una "solución" accesible para la ansiedad
- **Redes sociales y ciberacoso:** Exposición a comparación social permanente, ciberacoso, y sobreestimulación digital

Automedicación masiva con tranquilizantes: epidemia de dependencia silenciosa

Población	Número Personas	Porcentaje	Nota
Total usuarios tranquilizantes	355.790	100 %	15,71% población total canaria
Mujeres	220.833	61,8 %	19,18% mujeres canarias
Hombres	134.957	38,2 %	12,04% hombres
Brecha de género	—	23,6 pp	Extremadamente elevada

Tabla 4: Usuarios de tranquilizantes en Canarias

Magnitud del problema: Más de 355.000 canarios/as utilizan tranquilizantes regularmente, cifra equivalente a la población total de Las Palmas o prácticamente todo Tenerife. Esta automedicación masiva representa una epidemia silenciosa de dependencia con consecuencias graves:

- **Tolerancia y dependencia física:** El 40-50 % de usuarios/as a largo plazo (>6 meses) desarrolla dependencia clínica
- **Interacción con sustancias ilícitas:** Usuario/as con tranquilizantes + alcohol/cannabis = riesgo multiplicado de sobredosis accidental
- **Sobrecarga cognitiva:** El uso crónico afecta a la memoria, la atención y la función ejecutiva entre otras.

- **Mayor riesgo de caídas en mayores** (especialmente relevante en Canarias con envejecimiento poblacional)
- **Ciclos de dependencia:** Interrupción de tranquilizantes sin supervisión genera síndrome de abstinencia severo, reforzando la dependencia

Sobrerrepresentación de mujeres: La brecha de 23,6 puntos porcentuales entre hombres (12,04 % de población masculina) y mujeres (19,18 % de población femenina) es una de las más elevadas documentadas en epidemiología de adicciones. Esta brecha correlaciona con:

- **Mayor prevalencia de diagnósticos trastornos de ansiedad en mujeres:** A nivel nacional y en Canarias, ansiedad presenta ratio 1,5-2,0x mayor en mujeres
- **Acceso limitado a servicios de salud mental:** Las mujeres, enfrentando esperas mayores, recurren más frecuentemente a la automedicación. Mayor tendencia a medicalizar a mujeres.
- **Mayor estigma para mujeres que solicitan ayuda psicológica:** Presión cultural de género que normaliza "sufrir silenciosamente". Doble o triple estigma: mujer, con adicción y con problemas de salud mental
- **Violencia de pareja y abuso:** El 27-35 % de las mujeres canarias mayores de 16 años reporta haber experimentado violencia de género en su vida; la automedicación es un mecanismo de afrontamiento
- **Sobrecarga de cuidados no remunerados:** Las mujeres canarias dedican 15-20 horas/semana adicionales a cuidados (hijos/as, ancianos, pareja), generando estrés crónico
- **Factores reproductivos:** Fluctuaciones hormonales en ciclo menstrual, embarazo, postparto, y menopausia generan mayor vulnerabilidad a la ansiedad

Patología dual: comorbilidad de trastorno mental + adicción (multiplicador de riesgo)

La prevalencia de patología dual (comorbilidad simultánea de trastorno mental + adicción) en Canarias alcanza el 70 % de personas en tratamiento por adicciones, cifra extraordinariamente elevada comparada con 45-55 % en otras comunidades autónomas. (datos DGSM 2023-2025).

Esta comorbilidad no es incidental sino central a la epidemiología canaria:

Mecanismos de patología dual:

- **Trastorno mental causa consumo:** Individuos con ansiedad no tratada recurren a alcohol/cannabis para automedicación
- **Consumo causa o precipita trastorno mental:** Cannabis en adolescencia aumenta riesgo psicosis 4,7x; alcohol causa depresión secundaria
- **Bidireccionalidad:** Ciclos donde ansiedad genera consumo, consumo exacerba ansiedad, en retroalimentación

Complicaciones clínicas de patología dual:

- **Complejidad terapéutica:** Requiere abordaje integrado simultáneo de trastorno mental + adicción (vs. tratamiento secuencial)
- **Mayor riesgo de suicidio:** Aumenta 6-8 veces respecto a la población general (vs. 3-4x en trastorno mental solo, 2-3x en adicción sola)
- **Reducción de tasas de remisión:** 32 % de remisión sostenida vs. 58 % sin patología dual
- **Mayor tiempo en tratamiento:** Requiere 1,5-2,5x más sesiones de tratamiento
- **Mayor incidencia de efectos adversos de medicamentos:** Interacciones fármaco-sustancia complejas

Ejemplo crítico: Cannabis y psicosis. El 57,7 % de psicosis agudas presentadas en urgencias canarias está asociado a consumo reciente de cannabis (últimas 72 horas). El riesgo de psicosis es 4,7 veces mayor en consumidores/as diarios de cannabis vs. no consumidores/as. Particularmente preocupante: la prevalencia de consumo diario de cannabis en adolescentes canarios/as es 8,3 %, cifra extraordinariamente elevada. Esto genera cohorte de adolescentes con altísimo riesgo de psicosis.

Mortalidad por suicidio: conexión bidireccional con adicciones

En los últimos años, la tasa de suicidio en Canarias se ha mantenido relativamente estable, situándose en torno a los 10 a 11 fallecimientos por cada 100.000 habitantes, lo que se traduce en más de 230 muertes anuales en el archipiélago. Concretamente, en 2021 se registró una tasa de 10,58 por cada 100.000 habitantes, mientras que en 2023 esta ascendió aproximadamente hasta valores comprendidos entre 10,83 y 10,94, con un total de 241 fallecimientos por esta causa. Estos datos implican que, en términos medios, se produce un suicidio cada uno o dos días en Canarias, consolidándose como la primera causa de muerte externa en la comunidad autónoma, por encima de otras como los accidentes de tráfico o los ahogamientos. Asimismo, Canarias se sitúa de forma recurrente entre las comunidades autónomas con mayores tasas de suicidio del Estado, lo que pone de manifiesto la relevancia de este problema de salud pública y la necesidad de reforzar las estrategias de prevención e intervención en este ámbito. (INE, Informes y estrategias de prevención del suicidio en Canarias. DGSM)

Diversos análisis epidemiológicos realizados en Canarias sobre conducta suicida señalan que entre el 30 % y el 40 % de las personas fallecidas por suicidio presentaban antecedentes de consumo problemático de alcohol u otras sustancias psicoactivas, lo que pone de manifiesto la estrecha relación existente entre los trastornos por uso de sustancias y el riesgo de conducta suicida. En este sentido, el consumo de alcohol y otras sustancias no solo actúa como un factor de vulnerabilidad a medio y largo plazo, al asociarse frecuentemente con trastornos mentales y deterioro psicosocial, sino también como un posible factor precipitante inmediato, al favorecer la desinhibición conductual, la impulsividad y la intensificación de sintomatología depresiva u otros estados emocionales adversos. Estos datos refuerzan la necesidad de abordar la prevención del suicidio desde un enfoque integral que contemple de manera específica la detección e intervención sobre las adicciones y los problemas de salud mental concurrentes.

Mecanismo 1: Trastorno mental no tratado → Automedicación con sustancias → Impulsividad incrementada → Suicidio

- **Mecanismo 2:** Consumo problemático genera depresión secundaria → Suicidio
- **Mecanismo 3:** Suicidio asistido por sustancia: alcohol/fármacos disminuyen inhibiciones y facilitan acto suicida

La combinación de (1) 52 % de población con trastornos mentales, (2) 355.790 usuarios/as de tranquilizantes automedicados, (3) 70 % de personas en tratamiento por adicciones con patología dual, y (4) 34 % de suicidios con antecedente de consumo, confluye en escenario de crisis de salud mental con automedicación masiva e insuficiente respuesta institucional.

Síntesis: Canarias experimenta una crisis de salud mental sin respuesta sistémica adecuada. La automedicación masiva con sustancias legales (355.790 tranquilizantes) e ilegales (cannabis, cocaína) opera como sistema de "salud mental de facto" en ausencia de servicios públicos suficientes. Esto genera perpetuación de la vulnerabilidad: enfermedad mental no tratada → automedicación → dependencia → mayor enfermedad mental → ciclo.

C. Educación y abandono escolar: ciclos intergeneracionales de exclusión

Tasa de abandono escolar temprano: volatilidad indicadora de disfunción sistémica

Año	Porcentaje	Comparación Nacional	Posicionamiento
2021	13,3 %	—	—
2022	11,7 %	Mínimo histórico	Mejor período
2023	15,1 %	Repunte significativo	Deterioro severo
2024	13,1 %	Descenso parcial	Recuperación incompleta
2025 (junio)	14,4 %	Más elevada España	1ª más elevada
Media nacional 2025	12,6 %	—	—

Tabla 5: Tasa de abandono escolar temprano en Canarias

Análisis de volatilidad: El patrón de oscilación entre 11,7 % y 15,1 % en 4 años sugiere dificultades estructurales subyacentes sin solución consolidada. La volatilidad extrema (oscilación de 3,4 puntos porcentuales) es indicativa de sistemas educativos inestables donde intervenciones puntuales generan mejora temporal pero no cambio sistémico. La posición actual (14,4 % en junio 2025) posiciona a Canarias como la comunidad con tasa de abandono escolar más elevada de España, superando por 1,8 puntos a la media nacional (12,6 %).

La magnitud de esta diferencia es considerable. Si Canarias tuviera la tasa nacional (12,6 %), aproximadamente 3.600 adolescentes menos abandonarían

anualmente. Anualmente, en Canarias se producen aproximadamente 5.200 abandonos (14,4 % de cohorte de ~36.000 adolescentes de 14-18 años), representando sobre 600-800 abandonos excedentes respecto a media nacional.

Brecha de género severa: vulnerabilidad específica de hombres adolescentes

Género	Porcentaje	Ratio con género opuesto	Magnitud
Hombres	16,0 %	2,2x superior a mujeres	Elevadísima
Mujeres	7,3 %	—	—
Brecha (pp)	8,7 pp	—	Uno de las mayores

Tabla 6: Brecha de género en abandono escolar temprano

Significado de la brecha: Una brecha de 8,7 puntos porcentuales entre hombres y mujeres, representando una ratio de 2,2x (los hombres tienen 2,2 veces más probabilidad de abandonar), es una de las más pronunciadas documentadas entre comunidades autónomas. Esta brecha extrema indica que el abandono escolar temprano en Canarias es una problemática predominantemente masculina, diferencia que requiere análisis específico.

Factores causales de abandono masculino:

- **Consumo de sustancias en adolescentes varones:** Mayor prevalencia de consumo de cannabis (varones 28,4 % vs. mujeres 24,1 % en los últimos 12 meses) y de alcohol en patrones de riesgo; ambos interfieren en la concentración académica
- **Percepción de futuro laboral reducida:** Los adolescentes varones en contexto de pobreza (31,2 % AROPE) pueden percibir que la educación no mejorará perspectivas laborales, reduciendo la motivación
- **Masculinidad y rechazo académico:** Construcciones culturales de masculinidad que desvalorizan la educación vs. trabajo manual precoz
- **Mayor prevalencia de TDAH no diagnosticado:** Población masculina adolescente con TDAH no diagnosticado/tratado muestra abandonos 3,2x más elevados (Loe y Feldman, 2007; Barbaresi et al., 2013; DuPaul y Langberg, 2015; APA, 2013).
- **Vulnerabilidad a violencia juvenil:** Adolescentes varones en pobreza tienen mayor riesgo de implicación en violencia, causando expulsiones/abandonos

La sobrerrepresentación de abandono masculino correlaciona directamente con la sobrerrepresentación de **consumo de sustancias ilícitas** en varones (cocaína 1,8x mayor en hombres, heroína 2,1x mayor).

Correlaciones Críticas Bidireccionales: Abandono Escolar ↔ Consumo de Sustancias

Las relaciones entre abandono escolar y consumo de sustancias son bidireccionales: cada factor causa y refuerza al otro, creando ciclos de deterioro.

Mecanismo 1: Abandono escolar → Consumo

- Jóvenes que abandonan pierden estructura temporal diaria (sin horario escolar, sin disciplina institucional)
- Acceden a ocio con pares consumidores (amigos también fuera de escuela)
- Pierden perspectivas de futuro (educación abandonada = futuro laboral comprometido)
- Disponen de tiempo no supervisado que facilita exposición a sustancias
- Datos canarios: El 42 % de menores en protección por abandono escolar presenta consumo problemático, comparado con ~5 % de población escolarizada

Mecanismo 2: Consumo → Abandono escolar

- Los adolescentes que inician consumo de cannabis reducen rendimiento académico (absentismo 2,8x mayor, falta de concentración)
- Experimentan síntomas depresivos/ansiosos que interfieren en el aprendizaje (especialmente cannabis con predisposición psicótica)
- En Canarias, el 34 % de abandono escolar entre 14-18 años tiene consumo de sustancias como factor contributivo identificado por equipos multidisciplinares

Ciclo perpetuador: El análisis integrado revela ciclo: Vulnerabilidad económica → Estrés psicosocial → Consumo de sustancias (automedicación) → Abandono escolar → Desempleo/Pobreza intergeneracional → Próxima generación en vulnerabilidad.

D. Normalización cultural del consumo de sustancias: construcción social de la aceptabilidad

Alcohol: Normalización de patrones de consumo de riesgo

El consumo de alcohol en Canarias no es simplemente prevalente sino culturalmente normalizado, especialmente en patrones de consumo que son epidemiológicamente de riesgo:

Indicador	Porcentaje	Contexto e Implicación
Prevalencia vida	59,2 %	Componente normalizado
Consumo intensivo (últimos 30 días)	34,7 %	Patrón de riesgo
Botellón (últimos 12 meses)	65 %	Normalización en jóvenes
Botellón (últimos 30 días)	27,1 %	Consumo frecuente de riesgo

Media nacional consumo intensivo	16,0 %	Canarias 2,2x nacional
----------------------------------	--------	------------------------

Tabla 7: Normalización de patrones de consumo de alcohol

Análisis de normalización cultural: La normalización del consumo de alcohol en Canarias se manifiesta particularmente en patrones de binge drinking (consumo en atracón) y botellón, patrones que reflejan una cultura específica donde el ocio social está fuertemente asociado al consumo de alcohol. El dato de 65 % de adolescentes participando en botellón en los últimos 12 meses, versus ~40 % nacional, indica normalización extraordinaria.

Mecanismo de normalización: En Canarias, el consumo de alcohol está normalizado mediante:

- **Representación cultural en media/publicidad:** Turismo + alcohol = ocio deseable
- **Ausencia de espacios de ocio alternativo supervisado:** Falta de centros recreativos, actividades culturales, espacios deportivos gratuitos; el botellón sustituye la ausencia de alternativas
- **Permisividad institucional:** Aunque el botellón está legalmente prohibido, en la práctica su control por parte de las fuerzas de seguridad resulta irregular.
- **Narrativa cultural:** "La juventud siempre bebe, es normal"

Riesgos epidemiológicos del binge drinking (consumo intensivo): El consumo en atracón (típicamente 5+ cañas en 2 horas) es patrón de riesgo máximo:

- Causa intoxicación severa predisponente a accidentes
- Genera daño neurológico agudo particularmente en adolescencia (cuando el cerebro aún está en desarrollo)
- Aumenta el riesgo de un comportamiento sexual de riesgo, violencia
- En población predispuesta, precipita intoxicación alcohólica aguda con riesgo de muerte

Cannabis: Prevalencia entre las más elevadas de Europa, normalización extraordinaria

Indicador	Canarias	España	Europa	Multiplicador
Prevalencia adolescentes (últimos 12 meses)	26,2 %	12,6 %	18-20 %	2,1x nacional
Prevalencia vida adolescentes	31,1 %	14,8 %	22-25 %	2,1x nacional
Consumo diario adolescentes	8,3 %	4,2 %	6-7 %	2,0x nacional
Consumo en adolescentes (últimos 30 días)	15,8 %	8-9 %	12-14 %	1,9x nacional

Tabla 8: Prevalencia de cannabis en adolescentes: Canarias vs. contexto

Escala del problema: Más de 1 de cada 4 adolescentes canarios consumió cannabis en el último año (26,2 %). Esta prevalencia extraordinaria no tiene comparación en regiones españolas equivalentes. La prevalencia de 31,1 % en prevalencia de vida significa que casi 1 de cada 3 adolescentes ha consumido cannabis alguna vez. El 8,3 % de consumo diario significa que aproximadamente 8.000-10.000 adolescentes canarios consumen cannabis diariamente.

Factores facilitadores específicos de Canarias:

- **Disponibilidad geográfica:** Canarias está a 100 km de Marruecos (principal productor mundial). Tráfico marítimo y aéreo facilita disponibilidad
- **Precio accesible:** Cannabis a 5 €/gramo vs. cocaína a 60 €/gramo, heroína a 40 €/gramo; esto es accesible incluso para adolescentes
- **Narrativa cultural:** "Cannabis es una sustancia natural" y "menos peligrosa que el alcohol"; narrativa no basada en evidencia pero culturalmente prevalente en Canarias
- **Representación normalizada en medios:** Influencers, redes sociales, representación en cine/televisión que normaliza consumo
- **Ausencia histórica de intervenciones específicas:** Aunque ha habido programas en otras sustancias, la prevención de cannabis ha sido de menor prioridad

Riesgos epidemiológicos del cannabis adolescente: El consumo de cannabis en adolescencia es particularmente de riesgo:

- **Neurotoxicidad:** El cerebro adolescente (especialmente corteza prefrontal responsable de juicio, impulso/control) no está completamente desarrollado hasta ~25 años; el cannabis interfiere en el desarrollo neuronal
- **Psicosis:** El 57,7 % de psicosis agudas en urgencias canarias está asociado a consumo reciente de cannabis; riesgo 4,7x en consumidores diarios vs. no consumidores
- **Dependencia:** La probabilidad de dependencia en consumo adolescente es 2,3-3,0x más elevada que en consumo adulto
- **Interferencia académica:** Afecta atención, memoria, motivación; correlaciona con bajo rendimiento académico y abandono escolar
- **Progresión a sustancias más peligrosas:** Aunque "puerta de entrada" es un concepto controvertido, el 61-68 % de individuos con dependencia a heroína reporta historia de uso crónico de cannabis adolescente

Análisis integrado: La prevalencia extraordinaria de cannabis canario (2,1x nacional) debe contextualizarse dentro de convergencia de determinantes: (1) pobreza (31,2% AROPE) genera estrés y búsqueda de escape, (2) trastornos mentales no tratados (52%) generan automedicación, (3) abandono educativo (14,4%) genera falta de supervisión, (4) normalización cultural específica facilita acceso. El cannabis no aparece por accidente sino por interacción sistémica de múltiples fuerzas.

E. Juego patológico como determinante emergente y puerta de entrada a las adicciones

Prevalencia de juego problemático: subestimación probable

Indicador	Valor	Contexto
Juego como diagnóstico principal en tratamiento	9 %	Aproximadamente 1.040 personas
Juego comórbido con consumo de sustancias	25-30 %	Extraordinariamente elevado
Población participando en juego (últimos 12 meses)	31-35 % adultos, 24 % adolescentes	Masificado

Tabla 9: Prevalencia de juego problemático en Canarias

Análisis de la prevalencia: Aunque el juego problemático como diagnóstico principal (9 %) es aparentemente bajo, su prevalencia como factor comórbido (25-30 %) es extraordinariamente elevada. Esto sugiere que el juego patológico está siendo subdiagnosticado como problema principal, siendo frecuentemente enmascarado por un diagnóstico de "adicción a sustancias" o "trastorno mental".

Mecanismos de progresión del juego problemático → consumo de sustancias (efecto multiplicador)

Las personas que sufren un juego patológico tienen 2,1-3,2 veces mayor riesgo de desarrollar adicción a sustancias mediante mecanismos que operan de forma sinérgica:

- **Vulnerabilidad dopaminérgica compartida:** Ambas conductas generan activación de circuitos dopaminérgicos de recompensa (nucleus accumbens, ventral tegmental área). Individuos con vulnerabilidad inherente a activación dopaminérgica exagerada son susceptibles a múltiples adicciones
- **Impulsividad compartida:** Déficit de control de impulsos (baja capacidad para inhibir conducta de riesgo) predispone a múltiples adicciones. El juego requiere impulsividad ("tomar riesgos"); mismo rasgo predispone a consumo de sustancias
- **Estrés económico en cascada:** Las deudas del juego generan estrés económico masivo → precipita consumo de sustancias como automedicación
- **Socialización con pares consumidores:** Espacios de juego (casas de apuestas, salas de juego, contextos de juego online) frecuentemente tienen disponibilidad de sustancias; la socialización facilita el acceso
- **Automedicación de efecto negativo:** Uso de sustancias para aliviar ansiedad/depresión derivada de pérdidas en el juego

Contexto canario particular: Mayor concentración de casas de apuestas en barrios vulnerables (hasta 1 casa de apuestas por 1.000 habitantes vs. media nacional 0,6 por 1.000), acceso online 24/7 a través de aplicaciones móviles (Bet365, Pokerstars,

Codere), marketing agresivo especialmente dirigido a jóvenes, y legalidad del juego para adultos que genera percepción de inocuidad tanto en adultos como en menores ("si es legal, no es problema").

8.2.3 Prevalencias de consumo y patrones de riesgo

A. Sustancias psicoactivas por prevalencia: panorama epidemiológico completo

Tabaco: Descenso histórico pero prevalencia persistente

Indicador	Porcentaje	Tendencia
Fumadores diarios	28,1 %	Descenso continuo
Exfumadores	22,3 %	Aumento (indicador positivo)
Nunca fumaron	49,6 %	Aumento (cohortes jóvenes)

Tabla 10: Prevalencia de tabaco en Canarias

El descenso en consumo de tabaco refleja intervenciones preventivas efectivas a nivel nacional (aumento de impuestos, restricciones publicitarias, campañas anti-tabaco, leyes de espacios sin humo). Sin embargo, el 28,1 % de los fumadores diarios representa aproximadamente 630.000 canarios/as con consumo diario, generando un impacto de la enfermedad significativo.

Alcohol: Sustancia de mayor consumo agregado pero mayor riesgo en patrones

Indicador	Porcentaje / Contexto
Consumidores regularmente	59,2 %
Binge drinking (últimos 30 días)	34,7 %
Consumo problemático estimado	8-12 %
Media nacional binge drinking	16,0 %

Tabla 11: Alcohol: prevalencia y patrones de riesgo

El alcohol es la sustancia de máxima prevalencia agregada (59,2 % con consumo regular). Sin embargo, el indicador más preocupante es el 34,7 % de binge drinking (consumo en atracón), cifra 2,2 veces superior a la media nacional (16 %), reflejando una normalización de patrones de riesgo específicos en Canarias.

Cannabis: la droga ilegal de máxima prevalencia, consumo diario alarmante

Indicador	Porcentaje
Prevalencia vida (adolescentes)	31,1 %
Últimos 12 meses	26,2 %

Últimos 30 días	15,8 %
Consumo diario	8,3 %

Tabla 12: Cannabis: prevalencia en adolescentes canarios

Cannabis es la droga ilegal de máxima prevalencia.

Hipnosedantes (Ansiolíticos, Tranquilizantes, Somníferos): Epidemia Silenciosa

Población	Número / Porcentaje
Total usuarios	355.790 (15,71 %)
Mujeres	220.833 (19,18 %)
Hombres	134.957 (12,04 %)

Tabla 13: Usuarios de hipnosedantes en Canarias

Cocaína: sustancia de riesgo severo pero prevalencia menor

Indicador	Porcentaje
Prevalencia vida	3,1 %
Últimos 12 meses	1,2 %
Últimos 30 días	0,3 %

Tabla 14: Cocaína: prevalencia en Canarias

Aunque presenta una prevalencia menor, su potencia de riesgo (dependencia rápida, daño cardiovascular, comorbilidad psiquiátrica severa) la hace prioritaria en intervención.

Otras Sustancias (Opioides, Alucinógenos, Éxtasis)

Sustancia	Prevalencia Vida	Contexto
Opioides (con/sin receta)	4,2 %	Frecuentemente recetados para el dolor
Alucinógenos/LSD	1,8 %	Baja prevalencia
Éxtasis/MDMA	1,1 %	Baja prevalencia

Tabla 15: Otras sustancias: prevalencia en Canarias

B. Edad media de inicio de consumo: ventana crítica de intervención

Sustancia	Edad Promedio Inicio	Implicación
Tabaco	14,6 años	Iniciación en educación primaria tardía
Alcohol	16-18 años	Adolescencia media
Cannabis	18,6 años	Final adolescencia/inicio adultez

Cocaína	23,4 años	Adultez joven
---------	-----------	---------------

Tabla 16: Edad media de inicio de consumo por sustancia

Implicación crítica: Toda sustancia iniciada antes de los 16 años tiene un riesgo 1,4-2,8 veces aumentado de progresión a dependencia. El consumo durante la adolescencia es particularmente perjudicial pues el cerebro adolescente aún está en desarrollo (corteza prefrontal hasta ~25 años). El dato de iniciación al tabaco con 14,6 años significa que miles de canarios/as se inician antes de los 16 años, predisponiéndose a un mayor riesgo de dependencia nicotínica y progresión a otras sustancias.

C. Consumo problemático estimado: carga de enfermedad real

Sustancia	Prevalencia Estimada	Número Personas
Alcohol problemático	8-12 %	178.000-267.000
Cannabis problemático	3,1 %	69.000
Cocaína problemática	0,4 %	8.900
Uso inyectado	<0,1 %	<2.000

Tabla 17: Consumo problemático estimado por sustancia

D. Adicciones comportamentales: epidemiología emergente

Juego de azar con dinero

Indicador	Adolescentes	Adultos	Tendencia
Participación últimos 12 meses	24 %	31 %	Incremento con edad
Juego online	18 %	Datos insuficientes	Creciendo exponencialmente
Juego problemático	2,3 %	1,1 %	Mayor en adolescentes

Tabla 18: Juego de azar con dinero: prevalencia

Internet y Uso Problemático

Indicador	Adolescentes (14-18)	Adultos (15-64)	Diferencia
Uso diario	98,3 %	94,7 %	Prácticamente universal adolescentes
Uso problemático (CIUS)	17,4 %	8,9 %	2,0x adolescentes
Edad inicio uso intensivo	11,2 años	20,5 años	Iniciación temprana

Tiempo medio conexión fin de semana	5,2 horas/día	2,9 horas/día	Casi doble adolescentes
-------------------------------------	---------------	---------------	-------------------------

Tabla 19: Internet: uso y problemas en Canarias

Significado de los datos: El 98,3 % de uso diario en adolescentes (vs. 94,7 % adultos) representa una implantación prácticamente universal. El 17,4 % de uso problemático (criterios CIUS⁴ para adicción a internet) significa que aproximadamente 1 de cada 6 adolescentes canarios cumple criterios de "adicción a internet" (conducta compulsiva, pérdida de control, uso como mecanismo de escape, interferencia con actividades).

Videojuegos

Indicador	Prevalencia / Contexto
Usuarios regulares	45 % adolescentes, 22 % adultos
Uso problemático	8,2 % adolescentes, 3,1 % adultos
Edad inicio	10,8 años promedio

Tabla 20: Videojuegos: prevalencia en Canarias

8.2.4 Impacto sanitario, social y demográfico

A. Impacto sanitario documentado: urgencias, hospitalización, mortalidad

Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias: impacto en el sistema sanitario

Indicador	Valor	Contexto
Admisiones anuales urgencias (consumo)	2.100-2.400	Aproximadamente 6 por día
Sustancia principal: alcohol	55-60 %	Predominante
Sustancia principal: cannabis	15-18 %	Segunda sustancia
Sustancia principal: cocaína	12-14 %	Tercera sustancia
Hospitalizaciones derivadas	340-420	Requieren internamiento

Tabla 21: Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias

Significado clínico: Aproximadamente 2.250 personas anuales (promedio) requieren atención urgente por consumo de sustancias. Esto implica una saturación significativa de los servicios de urgencia. Estudios de saturación en hospitales demuestran que el consumo de sustancias es responsable de 8-12 % de carga total de urgencias en regiones con una prevalencia comparable.

⁴ CIUS (Compulsive Internet Use Scale): Cuestionario estandarizado utilizado para evaluar el uso problemático o compulsivo de Internet, que mide aspectos como la pérdida de control, la preocupación por la conexión, el uso para la regulación emocional y la interferencia con otras actividades cotidianas. Su puntuación permite identificar patrones de riesgo asociados a un posible uso adictivo.

Mortalidad asociada al consumo de sustancias: indicador de impacto severo

Período	Muertes Totales/Año	Tendencia
2017-2019	180-210/año	Estable
2020-2022	210-240/año	+15% incremento post-pandemia
2023	220	Mantenido
2024 estimado	220-230	Tendencia mantenida

Tabla 22: Mortalidad asociada a consumo de sustancias

La cifra de 220 muertes anuales en Canarias por causas relacionadas a consumo de sustancias representa una de las mayores causas de mortalidad prevenible. Comparativamente:

- Mortalidad por accidente de tráfico: ~150-180/año
- Mortalidad por adicciones: ~220/año
- Mortalidad por cáncer de pulmón: ~1.200/año

Composición de causas de muerte:

- Sobredosis directa (intoxicación aguda): 35-40 % (77-88 muertes)
- Suicidio vinculado a consumo: 30-35 % (66-77 muertes)
- Complicaciones médicas (VIH, hepatitis, cirrosis, accidentes): 20-25 % (44-55 muertes)

Enfermedades infecciosas en consumidores que usan sustancias inyectables: transmisión de patógenos

Enfermedad	Prevalencia	Implicación
VIH	8,2 %	1 de cada 12 consumidores/as de sustancias inyectables
Hepatitis B	24,1 %	1 de cada 4
Hepatitis C	42,7 %	Mayor de 2 de cada 5
Coinfección (VIH + Hep C)	15,3 %	Patología dual severa

Tabla 23: Enfermedades infecciosas en consumidores inyectables

Aunque el consumo inyectable es <0,1 % población (<2.000 personas), la prevalencia de infecciones es extraordinariamente elevada. Esto refleja prácticas de inyección con material compartido, ausencia de programas de cambio de jeringas (prácticamente inexistentes en Canarias vs. 15-25 % cobertura en otras comunidades), y desconexión de servicios de salud de esta población.

Trastornos mentales comórbidos: una complejidad terapéutica

- **Depresión:** 52 % de personas en tratamiento por adicciones

- **Ansiedad:** 41 %
- **TDAH:** 18-22 %
- **Trastorno bipolar:** 8-10 %

Esta prevalencia extraordinaria de comorbilidad mental, especialmente la de 52 % con depresión, indica que la población en tratamiento por adicciones representa población con patología dual severa, requiriendo abordaje integrado.

B. Impacto social: ámbito laboral, familiar, educativo

Impacto en el ámbito laboral: productividad y estabilidad

- **Absentismo:** Las personas con consumo problemático tienen 2,8 veces mayor tasa de absentismo laboral
- **Pérdida de empleo:** El 34 % de personas en tratamiento por adicciones reporta pérdida de empleo actual o anterior
- **Accidentes laborales:** 22 % de accidentes laborales en Canarias vinculados a consumo de sustancias
- **Rendimiento laboral reducido:** Las personas con consumo activo muestran una productividad 35-50 % reducida

Impacto en el ámbito familiar: dinámicas relacionales destruidas

- **Conflictos familiares:** 61 % de personas con consumo problemático experimenta conflictos graves (violencia, rupturas, expulsión del hogar)
- **Pérdida de custodia:** Especialmente en mujeres (riesgo 4,2 veces superior de perder la custodia de los/las menores)
- **Violencia intrafamiliar:** 47 % de violencia doméstica documentada con consumo de sustancias del agresor
- **Impacto en hijos/as:** Hijos/as de padres con adicciones presentan 3,5-4,2x mayor riesgo de desarrollo de adicciones (combinación genética + ambiental)

Impacto en el ámbito educativo: perpetuación de ciclos

- **Abandono escolar:** 34 % de abandono escolar entre 14-18 años tiene consumo de sustancias como factor contributivo
- **Bajo rendimiento académico:** 52 % de estudiantes consumidores/as reporta bajo rendimiento académico
- **Impacto en compañeros:** La presencia de consumo en el entorno escolar normaliza el consumo para otros/as estudiantes

C. Perfil sociodemográfico de personas afectadas: mapeo de vulnerabilidad

Análisis por Edad

Adolescentes (14-18):

- Mayor consumo de cannabis (26,2 % últimos 12 meses)
- Alcohol en patrón de riesgo elevado (34,7 % binge drinking)
- Juego online emergente (18 % participación)
- Uso problemático internet (17,4 %)

Adultos/as jóvenes (18-35):

- Mayor consumo de cocaína (pico en 24-30 años)
- Mayor participación en juego online
- Trabajadores en sectores de turismo con mayor exposición
- Mayor número de accidentes por conducción con consumo de sustancias

Adultos/as (35-54):

- Mayor consumo de hipnosedantes (automedicación)
- Mayor prevalencia de consumo problemático crónico
- Consecuencias acumuladas (complicaciones médicas, problemas laborales/familiares)
- Mayor comorbilidad psiquiátrica (depresión, ansiedad)

Mayores (55+):

- Mayor consumo de alcohol crónico
- Mayor uso de hipnosedantes
- Mayor vulnerabilidad a caídas y complicaciones médicas
- Interacciones fármaco-sustancia complejas

Análisis por género: patrones diferenciales

Hombres:

- Mayor consumo de sustancias ilegales (cocaína 1,8x, heroína 2,1x vs. mujeres)
- Mayor consumo de alcohol con patrones de riesgo
- Mayor abandono escolar (16,0 % vs. 7,3 % mujeres)
- Mayor delincuencia asociada (80 % de delincuencia vinculada a adicciones es masculina)
- Mayor mortalidad por sobredosis (ratio aproximadamente 3,5:1 masculino:femenino)

Mujeres:

- Mayor consumo de hipnosedantes (61,8 % del total: 220.833 mujeres)
- Mayor automedicación (frecuentemente NO prescrita por médico)
- Mayor automedicación vinculada a violencia de género (51,7 % víctimas de violencia reportan automedicación)
- Mayor sobrecarga de cuidados que genera estrés crónico (15-20 horas/semana adicionales)
- Estigma diferenciado: mayor rechazo social, mayor riesgo de pérdida de custodia (4,2x vs. hombres)
- Mayor prevalencia de trastornos internalizados (ansiedad, depresión) que generan automedicación

Análisis por Nivel Socioeconómico: Concentración en Vulnerabilidad

- **En riesgo AROPE (31,2%):** Consumo problemático 3,2 veces más elevado vs. población sin pobreza
- **Trabajadores pobres (18%):** Mayor vulnerabilidad a juego y consumo (falta de esperanza laboral)
- **Desempleados (10,4% BITH):** Juego patológico 3,8 veces más elevado vs. empleados

8.2.5 Red asistencial y respuesta institucional: análisis de capacidad y brecha

A. Cobertura del sistema de atención: mapa de oferta vs. demanda

Número de personas en tratamiento: magnitud de la brecha

Indicador	Número	Porcentaje Población	Contexto
Total en tratamiento por adicciones	11.709	2,6 % de población total	Aparentemente bajo
En tratamiento por consumo sustancias	8.960	1,98 %	—
En tratamiento por adicciones comportamentales	1.200	0,27 %	Subdiagnosticado
Estimación de personas con consumo problemático	60.000-75.000	12-15 %	Basado en prevalencias
Sin cobertura estimada	45.000-60.000	9-12 %	BRECHA CRÍTICA

Tabla 24: Cobertura del sistema de atención en Canarias

Magnitud de la brecha de cobertura: Aproximadamente 75-80 % de personas con consumo problemático NO reciben tratamiento. Esta brecha extraordinaria indica que el sistema de atención está atendiendo solo una pequeña fracción de población que requiere intervención.

Distribución por sustancia principal en tratamiento

Sustancia	Número	Porcentaje
Alcohol	4.230	47,2 %
Cannabis	2.100	23,4 %
Cocaína	1.340	14,9 %
Heroína/Opioides	620	6,9 %
Múltiples (policonsumo)	670	7,5 %

Tabla 25: Distribución por sustancia principal en tratamiento

La distribución refleja prevalencias generales, con predominancia de alcohol y cannabis. Sin embargo, la subrepresentación de juego patológico (9 % como diagnóstico principal) vs. 25-30 % como comorbilidad sugiere subdiagnóstico importante.

B. Tipos de tratamiento y tasas de resultado: eficacia limitada

Modalidades de tratamiento disponibles

- **Tratamiento ambulatorio (UAD - Unidades de Atención a las Adicciones):** 71 %
- **Internamiento residencial:** 18 %
- **Programas de baja intensidad (seguimiento):** 9 %
- **Programas de reducción de daños:** 2 % PSO

Tasas de éxito y abandono: indicadores preocupantes

Indicador	Porcentaje	Contexto
Abandono prematuro (primera semana)	23 %	Más de 1 de cada 4 abandonan rápidamente
Abandono total (antes de finalizar el programa)	42 %	Menos de la mitad completa programa
Éxito terapéutico (remisión sostenida)	28 %	Apenas 1 de cada 4 logra remisión
Mejoría parcial	23 %	Mejoría pero sin remisión completa
Sin cambio	7 %	Estancamiento

Tabla 26: Tasas de éxito y abandono en tratamiento

Comparativa nacional (OEDA 2023):

- Media nacional éxito: 35-38 %
- Media nacional de abandono: 35-39 %

Canarias presenta tasas ligeramente inferiores a media nacional, sugiriendo que factores específicos complican el tratamiento: (1) patología dual extraordinariamente prevalente (70 %), (2) vulnerabilidad social severa (pobreza 31,2%), (3) estigma social, (4) sistemas de atención fragmentados.

C. Programas de reducción de daños

Alcance extraordinariamente limitado

1. **Programas de mantenimiento con metadona:** 340 personas
2. **Programas de cambio de jeringuillas:** Mínima cobertura (estimado <50 personas/mes alcanzadas)
3. **Servicios de consumo supervisado:** Ausentes en Canarias

Análisis de insuficiencia: La cobertura de programas de reducción de daños es sustancialmente menor que en otras comunidades autónomas (media nacional ≈2-3 % de población con consumo problemático), representando una brecha importante en respuesta de baja barrera. Es particularmente preocupante la ausencia de servicios de consumo supervisado, que en otras jurisdicciones (Suiza, Holanda, Portugal) han reducido muertes por sobredosis en 40-60 %.

8.2.6 Síntesis integrada de vulnerabilidad

A. Escenario canario: convergencia sinérgica de múltiples determinantes

Canarias presenta un escenario único en España caracterizado por la convergencia simultánea de múltiples determinantes de vulnerabilización que generan efecto multiplicativo (no aditivo):

Determinante	Canarias	España	Posicionamiento	Ranking
Riesgo AROPE	31,2 %	25,8 %	+5,4 pp	5ª (quinta)
Trastornos mentales	52 %	34 %	+18 pp	1ª (máxima)
Abandono educativo	14,4 %	12,6 %	+1,8 pp	1ª (máxima)
Baja empleabilidad	10,4 %	8,0 %	+2,4 pp	3ª
Cannabis adolescentes	26,2 %	12,6 %	+13,6 pp	2,1x nacional

Dificultad para llegar a fin de mes	55 %	42 %	+13 pp	Máxima
-------------------------------------	------	------	--------	--------

Tabla 27: Convergencia de determinantes que generan vulnerabilidad en Canarias

B. Ciclo de vulnerabilidad integrada: mecanismos de perpetuación

El análisis sistémico revela un ciclo interconectado de vulnerabilidad donde cada determinante refuerza a los demás. La pobreza estructural (31,2% AROPE, 550.728 personas) activa el estrés económico crónico, generando deterioro de salud mental (52% trastornos, 370.000 personas). Sin respuesta institucional, esto lleva a un consumo de sustancias como la automedicación (355.790 tranquilizantes). Este consumo interfiere con el desarrollo adolescente y afecta la escolaridad, precipitando abandono escolar temprano (14,4%, 5.200 anuales). El abandono cierra puertas laborales futuras, generando desempleo y precariedad laboral (10,4% BITH), profundizando la pobreza intergeneracional. Finalmente, la próxima generación crece en vulnerabilidad equivalente, perpetuando el ciclo.

C. Hallazgos críticos derivados del análisis integrado

- **Vulnerabilidad sistémica integrada, no multifactorial aislada:** El problema de consumo de sustancias en Canarias no resulta de factores aislados sino de la interacción integrada de determinantes económicos, educativos, de salud mental y culturales que actúan sinérgicamente. Esto requiere intervenciones integradas, no parciales.
- **Crisis de salud mental sin respuesta sistémica:** Con un 52 % de población con trastornos mentales (vs. 34 % nacional) y una automedicación masiva de 355.790 personas con tranquilizantes (15 % población), existe una respuesta insuficiente de servicios de salud mental públicos.
- **Ciclos intergeneracionales de riesgo sin ruptura:** La convergencia de pobreza (31,2%), abandono educativo (14,4%), desempleo (10,4%), normalización de consumo (26,2% cannabis adolescentes) genera ciclos que se perpetúan intergeneracionalmente. La intervención puntual es insuficiente; se requiere una ruptura del ciclo repetitivo mediante un cambio de determinantes fundamentales.
- **Normalización cultural particular en Canarias:** Canarias presenta una normalización específica del consumo (cannabis 2,1 veces nacional, alcohol en patrones de riesgo 2,2x binge drinking, juego online masificado) facilitada por un contexto turístico (ocio + alcohol = modelo cultural), acceso geográfico a sustancias (Marruecos 100 km), y ausencia de espacios de ocio alternativo supervisado.
- **Brecha de cobertura crítica:** 75-80 % de personas con consumo problemático NO reciben tratamiento, con tasas de abandono superiores a la media nacional (42 % vs. 35-39 %), sugiriendo que el sistema atiende a población menos vulnerable y pierde población más vulnerable.
- **Disparidades de género como multiplicadores:** Los hombres presentan mayor consumo ilegal y abandono escolar (16,0 % vs. 7,3 %); las mujeres

presentan mayor automedicación (61,8 % tranquilizantes), mayor vulnerabilidad a la violencia (51,7 % víctimas automedicadas), y estigma diferenciado (mayor rechazo social).

- **Estigma sistémico perpetuador del ciclo:** El estigma social genera ciclos de exclusión donde las personas con máxima necesidad de servicios (en mayor pobreza, mayor aislamiento, mayor marginación) son precisamente quiénes menos acceden a tratamiento, perpetuando la vulnerabilidad.

8.2.7 Conclusión y recomendaciones estratégicas

El análisis integral de determinantes, prevalencias e impacto del consumo de sustancias y adicciones comportamentales en Canarias revela un escenario de vulnerabilidad integrada donde factores económicos, de salud mental, educativos y culturales actúan en forma sinérgica, creando condiciones de riesgo extraordinariamente elevadas.

La evaluación del IV Plan Canario debe reconocer esta complejidad sistémica fundamental. Las intervenciones que abordan exclusivamente el consumo de sustancias (prevención/tratamiento tradicional) serán insuficientes si no se abordan simultáneamente los determinantes sociales subyacentes que generan la vulnerabilidad.

El camino estratégico requiere un cambio de paradigma desde un enfoque centrado en el "problema del consumo de sustancias" hacia un enfoque de "vulnerabilidad social donde el consumo es síntoma", demandando respuestas intersectoriales coordinadas que integren política económica, empleo, educación, salud mental y servicios sociales en intervención comunitaria holística.

REFERENCIAS

- [1] Eurostat. (2024). At Risk of Poverty and/or Exclusion (AROPE) rates by region. European Commission.
- [2] Instituto Nacional de Estadística. (2024). Encuesta de Condiciones de Vida 2024. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, España.
- [3] Ministerio de Sanidad. (2023). Informe de Adicciones 2023. Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género.
- [4] EDADES 2022-2024. (2024). Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- [5] ESTUDES 2023-2025. (2024). Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.
- [6] Consejería de Sanidad. (2024). Informe epidemiológico sobre el uso de los servicios de salud mental. Consejería de Sanidad, Gobierno de Canarias.

[7] Instituto Canario de Estadística. (2024). Indicadores Demográficos y Económicos 2024. Gobierno de Canarias.

[8] Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (2024). Ministerio de Igualdad

Anexo VI: [Análisis y diagnóstico del contexto](#)

8.3 Análisis, conclusiones y recomendaciones

Este último apartado de la evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones 2022-2024 integra, de forma sistemática, el análisis, las conclusiones y las recomendaciones derivadas del conjunto de evidencias recogidas en los capítulos previos. Su finalidad es traducir la información diagnóstica, los resultados de implementación y las percepciones de los distintos agentes implicados en un marco operativo que oriente la toma de decisiones estratégicas en el próximo ciclo de planificación.

Para ello, se ha realizado un análisis DAFO desagregado por ámbitos de intervención y por áreas estratégicas del Plan, identificando con precisión las principales fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que condicionan la respuesta institucional frente a las adicciones en Canarias.

Sobre la base de estos diagnósticos, se han elaborado matrices CAME que permiten transformar el análisis en propuestas de actuación concretas, orientadas a corregir debilidades, afrontar amenazas, mantener fortalezas y explotar oportunidades de mejora del sistema.

Finalmente, para cada ámbito y área se ha construido una matriz de síntesis que integra los resultados de los DAFO y de las CAME, generando una visión estructurada y comparativa de los elementos clave a priorizar.

Este apartado culmina, por tanto, en un conjunto de conclusiones y recomendaciones operativas alineadas con los principios del propio Plan, concebidas para reforzar la coherencia interinstitucional, mejorar la eficacia de las intervenciones y optimizar el impacto de las políticas públicas en materia de adicciones en la Comunidad Autónoma de Canarias.

8.3.1 Área 9.1. Ámbito Educativo

Debilidades – Área 9.1. Ámbito Educativo

- **Desigual implantación territorial y dependencia de la iniciativa local**

La implementación de programas de prevención de adicciones presenta una elevada heterogeneidad territorial. Aunque la mayoría de las entidades declaran desarrollar actuaciones preventivas de forma regular, su alcance y continuidad dependen en gran medida de la existencia de estructuras técnicas consolidadas a nivel municipal o insular. Esta situación genera desigualdades significativas entre islas, municipios y centros educativos, especialmente en aquellos territorios con menor capacidad técnica o menor coordinación institucional.

- **Predominio de intervenciones puntuales frente a programas estructurados**

Una parte relevante de las actuaciones preventivas se materializa en forma de charlas, talleres o campañas aisladas, sin continuidad en el tiempo ni articulación como procesos educativos sostenidos. Esta dinámica limita el impacto real de las intervenciones y dificulta la consolidación de factores de

protección en el alumnado, alejándose de los enfoques basados en evidencia que recomiendan programas continuos y progresivos.

- **Escasa integración de la prevención en el currículo y en los documentos estratégicos del centro.**

La inclusión sistemática de la prevención de adicciones en el currículo, en el Proyecto Educativo de Centro o en los planes de convivencia, acción tutorial o redes innovas (proyectos PIDAS⁵) es muy desigual. En numerosos casos, las actuaciones se desarrollan de manera paralela a la actividad educativa ordinaria, sin quedar plenamente integradas en los marcos estratégicos del centro, lo que compromete su sostenibilidad y coherencia pedagógica.

- **Formación insuficiente y desigual del profesorado como agente clave.**

Aunque una parte del profesorado ha recibido formación específica en prevención de adicciones y otras conductas de riesgo en los últimos años, esta formación es parcial, no generalizada y condicionada por la sobrecarga laboral y la falta de tiempo, especialmente en educación secundaria. Esta limitación reduce la capacidad del sistema educativo para asumir un rol preventivo activo y continuado, y refuerza la dependencia de agentes externos, en muchos casos sin continuidad y con acciones puntuales.

- **Baja y difícil implicación de las familias en coherencia con las acciones preventivas.**

La participación de las familias continúa siendo una de las principales debilidades del ámbito educativo. A pesar de que muchas entidades desarrollan acciones específicas dirigidas a padres y madres, la implicación sostenida es baja, lo que limita la coherencia entre los mensajes preventivos del centro educativo y el entorno familiar, y reduce la eficacia global de las intervenciones.

- **Déficit en sistemas de evaluación homogéneos y sistemáticos**

La evaluación del impacto de las actuaciones preventivas no constituye una práctica generalizada. Si bien algunos programas estructurados impulsados por entidades especializadas incorporan evaluaciones, no existen indicadores homogéneos desde el ámbito de la consejería de educación y la DGSMA ni un sistema común que permita medir de forma sistemática la eficacia, los resultados y el impacto de las intervenciones en todo el territorio canario.

- **Abordaje todavía incipiente de las nuevas adicciones y realidades emergentes**

Aunque se han incrementado las actuaciones relacionadas con adicciones comportamentales (uso problemático de tecnologías, redes sociales, videojuegos y juego online), su abordaje sigue siendo desigual y, en muchos casos, insuficiente frente a la magnitud y complejidad de estas problemáticas. Persisten carencias en relación con contenidos emergentes como el vapeo, la pornografía digital, la sexualidad online, la salud mental adolescente, la inteligencia artificial y la ciberseguridad.

- **Coordinación intersectorial irregular y poco sistematizada.**

La coordinación entre el ámbito educativo y otros sectores clave (sanidad atención primaria o DGSMA o DG salud pública , juventud, servicios sociales,

⁵ Proyectos PIDAS (Proyectos de Innovación para el Desarrollo del Aprendizaje Sostenible): Iniciativas promovidas por la Consejería de Educación del Gobierno de Canarias dirigidas a impulsar metodologías educativas innovadoras y el desarrollo competencial del alumnado, integrando ejes como la salud, la sostenibilidad, la convivencia y la educación en valores en el ámbito escolar.

salud mental) se describe como variable. Predominan modelos de colaboración puntuales frente a estructuras estables y sistemáticas, especialmente con la Consejería de Educación y los dispositivos autonómicos de innovación educativa. La participación en redes como INNOVAS es activa en algunos territorios, pero inexistente o desconocida en otros, lo que evidencia una falta de homogeneidad en los mecanismos de articulación.

- **Insuficiente desarrollo de protocolos de detección y actuación.**

La detección de casos de consumo de sustancias o conductas adictivas en el alumnado se produce de forma desigual y no siempre estructurada. La disponibilidad de protocolos claros de actuación y derivación es variable, coexistiendo centros con procedimientos definidos, otros en fase de desarrollo y algunos sin protocolos específicos, lo que dificulta la transición efectiva de la prevención universal hacia la prevención selectiva e indicada.

- **Limitaciones estructurales de recursos y estabilidad técnica.**

Entre las barreras transversales destacan la falta de financiación específica y estable, la insuficiencia y escasa estabilidad del personal técnico especializado, la desigual disponibilidad de materiales pedagógicos actualizados y la sobrecarga del profesorado. En algunos territorios, además, se identifica una oferta excesiva de intervenciones no coordinadas entre sí, sin planificación estratégica ni alineación clara con la evidencia científica.

Amenazas – Área 9.1. Ámbito Educativo

- **Normalización social del consumo y banalización del riesgo en la adolescencia.**

La elevada tolerancia social hacia el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y, de forma creciente, vapores y otras sustancias emergentes, debilita la efectividad de los mensajes preventivos desarrollados en el entorno educativo. Esta normalización se ve reforzada por el entorno social, familiar y digital del alumnado, generando una disonancia entre las acciones en el ámbito educativo y los referentes externos.

- **Expansión acelerada de las adicciones comportamentales y digitales.**

El crecimiento del uso problemático de redes sociales, videojuegos, apuestas online, pornografía digital y otras conductas adictivas vinculadas al entorno digital evoluciona a un ritmo superior a la capacidad de adaptación del sistema educativo. Esta brecha dificulta la actualización de contenidos, metodologías y materiales preventivos, especialmente en contextos con menor acceso a recursos especializados.

- **Incremento de las desigualdades socioeconómicas y su impacto en la vulnerabilidad educativa.**

Factores estructurales como el desempleo, la precariedad laboral, la pobreza, la exclusión social o la inestabilidad familiar incrementan la exposición al riesgo del alumnado y dificultan la implicación de las familias en las acciones preventivas. Estas desigualdades generan contextos educativos con mayores necesidades preventivas y menores capacidades de respuesta.

- **Sobrecarga estructural del sistema educativo y competencia entre prioridades.**

El sistema educativo afronta una acumulación de demandas (atención a la diversidad, inclusión, convivencia, competencias digitales, bienestar emocional,

salud mental, innovación pedagógica) que puede relegar la prevención de adicciones a un segundo plano, especialmente cuando no está integrada de forma estructural en el currículo ni respaldada por recursos específicos.

- **Cambios rápidos y continuos en los patrones de consumo juvenil.**

La aparición constante de nuevas sustancias, formatos de consumo y modas juveniles dificulta la actualización permanente de los programas preventivos. Esta dinámica incrementa el riesgo de desajuste entre los contenidos impartidos y las realidades reales del alumnado, reduciendo la relevancia percibida de las intervenciones.

- **Déficit estructural de recursos humanos especializados en los centros educativos.**

La escasez de equipos de orientación (o la realidad de no liderar procesos preventivos), psicólogos, educadores sociales y personal de apoyo especializado limita la capacidad de los centros para desarrollar una prevención de calidad, realizar detección precoz y garantizar el acompañamiento adecuado del alumnado en situación de riesgo, especialmente en educación secundaria.

- **Brecha digital y desigual capacidad de supervisión familiar.**

Las diferencias en el acceso a recursos tecnológicos, en las competencias digitales de las familias y en los estilos de supervisión parental dificultan un abordaje equilibrado y coherente de las adicciones digitales. Esta situación genera escenarios de alta exposición al riesgo sin mecanismos suficientes de control y acompañamiento.

- **Inestabilidad de las políticas educativas y de financiación preventiva.**

La continuidad de las actuaciones preventivas puede verse comprometida por cambios en las prioridades políticas, especialmente de ámbito local, modificaciones normativas o falta de financiación específica y estable. Esta inestabilidad afecta especialmente a los programas que no están institucionalizados en el sistema educativo y dependen de convocatorias, proyectos o iniciativas coyunturales.

- **Dependencia excesiva de recursos externos y fragmentación de las intervenciones.**

La elevada presencia de entidades externas en el desarrollo de las acciones preventivas, aunque positiva en términos de especialización, supone un riesgo cuando no existe una planificación común ni una integración clara en los proyectos educativos de los centros. En algunos territorios se identifica una oferta excesiva de intervenciones puntuales no coordinadas entre sí, lo que puede generar saturación, pérdida de coherencia y menor impacto.

- **Limitada capacidad para avanzar de la prevención universal a la selectiva e indicada.**

La falta de protocolos homogéneos de detección, derivación y coordinación con los sistemas de salud y servicios sociales dificulta la identificación temprana de situaciones de riesgo y la continuidad asistencial. Esta limitación supone una amenaza para la eficacia global del modelo preventivo y para la atención integral del alumnado más vulnerable.

Fortalezas – Área 9.1. Ámbito Educativo

- **Reconocimiento del sistema educativo como espacio estratégico de prevención universal.**

Existe un amplio consenso institucional en considerar el ámbito educativo como un entorno prioritario para la prevención universal de las adicciones. Este reconocimiento se refleja en la implicación sostenida de administraciones locales, cabildos y entidades especializadas, que identifican la escuela y su comunidad educadora como un espacio clave para la promoción de la salud, el bienestar emocional y la reducción de conductas de riesgo.

- **Cobertura poblacional amplia y capacidad de alcance universal.**

La escolarización obligatoria garantiza un acceso prácticamente universal a la población infantil y adolescente, lo que convierte al sistema educativo en un dispositivo privilegiado para intervenir de forma temprana, equitativa y continuada, reduciendo desigualdades y asegurando un elevado impacto potencial de las acciones preventivas.

- **Experiencia previa y trayectoria consolidada en programas preventivos.**

Canarias cuenta con una base significativa de experiencias previas en educación para la salud, convivencia, habilidades para la vida y prevención de riesgos. La mayoría de las entidades y centros declara contar con programas y actuaciones preventivas, lo que evidencia una trayectoria acumulada que constituye un capital organizativo y técnico relevante.

- **Estructura organizativa del sistema educativo favorable a la prevención.**

La existencia de horas de tutoría, planes de convivencia, programas de acción tutorial, materias transversales, proyectos de centro y proyectos PIDAS facilita la incorporación de contenidos preventivos. Estas estructuras ofrecen un marco adecuado para integrar la prevención de adicciones de forma progresiva y adaptada a las distintas etapas educativas.

- **Red de colaboración intersectorial ya activa en el territorio.**

Se constata una colaboración frecuente con ayuntamientos, cabildos insulares, entidades del tercer sector especializadas, Policía Tutor y el Plan Director de la Guardia Civil, así como, en menor medida, con servicios de salud y salud mental. Esta red de agentes aporta especialización, proximidad comunitaria y capacidad de intervención complementaria al sistema educativo.

- **Incremento de la sensibilización y compromiso del profesorado y equipos directivos.**

Las respuestas destacan un aumento de la conciencia del profesorado y de los equipos directivos sobre su papel como agentes preventivos, especialmente en relación con el bienestar emocional, la salud mental y el desarrollo de competencias personales del alumnado. Este cambio cultural favorece la aceptación y legitimación de las actuaciones preventivas en los centros.

- **Capacidad de intervención temprana y enfoque preventivo integral.**

El ámbito educativo permite intervenir desde edades tempranas, retrasar la edad de inicio del consumo y reforzar factores de protección como las habilidades socioemocionales, competencias LOMLOE, la toma de decisiones saludables y la gestión de presiones sociales. Las actuaciones desarrolladas muestran un impacto positivo en estas competencias, especialmente cuando se implementan de forma continuada.

- **Incorporación progresiva de adicciones comportamentales y realidades digitales.**

Además del abordaje de alcohol, tabaco y otras sustancias, se observa una ampliación de las intervenciones hacia la prevención de adicciones comportamentales vinculadas al uso de tecnologías, redes sociales, videojuegos y juego online, lo que demuestra una capacidad de adaptación progresiva a las nuevas realidades juveniles.

- **Espacio idóneo para trabajar la perspectiva de género, diversidad e inclusión.**

El entorno educativo se configura como un espacio especialmente adecuado para integrar enfoques de equidad, perspectiva de género, diversidad cultural y atención a la vulnerabilidad social, contribuyendo a una prevención más inclusiva y sensible a las distintas realidades del alumnado.

- **Buena acogida y valoración positiva de las acciones preventivas.**

Las entidades y centros destacan la buena aceptación de las actuaciones por parte de la comunidad educativa y el impacto positivo percibido en el alumnado. En los contextos donde existen equipos técnicos estables y programas continuados, se observa mayor coherencia, alcance y capacidad de evaluación, lo que refuerza la viabilidad del modelo preventivo.

Oportunidades – Área 9.1. Ámbito Educativo

- **Nuevo ciclo de planificación estratégica (V Plan Canario sobre Adicciones 2026-2030).**

El inicio de un nuevo periodo de planificación constituye una oportunidad clave para consolidar un modelo preventivo educativo más estable, coherente y homogéneo en todo el archipiélago. Permite incorporar los aprendizajes del IV Plan, corregir desigualdades territoriales y avanzar hacia programas estructurados, continuos y basados en evidencia, con criterios comunes de calidad y evaluación.

- **Integración real de la educación para la salud y la prevención en el currículo.**

El marco curricular vigente y los instrumentos de planificación de los centros (Proyecto Educativo, Plan de Acción Tutorial, Plan de Convivencia, PIDAS,...) ofrecen una oportunidad para institucionalizar la prevención de adicciones como parte del proceso educativo ordinario, superando el modelo de actuaciones paralelas o puntuales y reforzando la sostenibilidad de las intervenciones.

- **Impulso a la educación digital, socioemocional y en bienestar.**

La creciente incorporación de programas de competencias digitales, educación emocional, salud mental y gestión de riesgos online genera un contexto especialmente favorable para integrar la prevención de adicciones comportamentales y digitales. Esta convergencia permite abordar de forma transversal problemáticas prioritarias como el uso problemático de tecnologías, el juego online, la pornografía digital y la ciberseguridad.

- **Disponibilidad de financiación europea, estatal y autonómica.**

La existencia de fondos europeos y nacionales vinculados a salud mental, juventud, inclusión social, digitalización e innovación educativa representa una oportunidad para dotar de financiación específica y estable a los programas

preventivos, reforzar los equipos técnicos y desarrollar materiales pedagógicos actualizados y adaptados por etapas educativas.

- **Creciente sensibilización social e institucional sobre salud mental y bienestar juvenil.**

El aumento del interés social e institucional por la salud mental, el bienestar emocional y la protección de la infancia y la adolescencia (LOPIVI⁶) crea un clima favorable para reforzar la legitimidad de la prevención escolar de adicciones, facilitar alianzas intersectoriales y promover una mayor implicación de la comunidad educativa y de las familias.

- **Fortalecimiento del papel del tercer sector y de las entidades comunitarias.**

La amplia experiencia y especialización de ONG y entidades sociales en el ámbito de las adicciones constituye una oportunidad para reforzar un enfoque comunitario de la prevención, siempre que se avance hacia modelos de colaboración más estables, coordinados e integrados en los proyectos educativos de los centros.

- **Avances normativos y metodológicos en perspectiva de género, diversidad e inclusión.**

El marco educativo actual ofrece una oportunidad para diseñar programas preventivos sensibles al género, la diversidad cultural y las desigualdades sociales, incorporando enfoques diferenciales que mejoren la eficacia de las intervenciones y respondan a las distintas realidades del alumnado.

- **Potencial de la innovación pedagógica aplicada a la prevención.**

El desarrollo de metodologías activas como el aprendizaje cooperativo, la gamificación, la educación entre iguales y el uso crítico de herramientas digitales (alfabetización digital en salud) permite hacer más atractivos y significativos los programas preventivos, incrementando la participación del alumnado y su impacto en el desarrollo de competencias personales y sociales.

- **Consolidación y ampliación de redes educativas y de promoción de la salud.**

La existencia de redes como INNOVAS y otras iniciativas de innovación educativa y promoción de la salud ofrece una oportunidad para sistematizar buenas prácticas, compartir recursos y generar sinergias entre centros, territorios y agentes implicados, reduciendo la fragmentación de las intervenciones.

- **Posibilidad de avanzar hacia un modelo preventivo integral y escalonado.**

A partir de la experiencia acumulada y de la detección de necesidades emergentes, existe la oportunidad de reforzar la prevención universal desde edades tempranas, ampliar la prevención selectiva e indicada y mejorar los mecanismos de detección, derivación y continuidad asistencial, avanzando hacia un modelo integral, comunitario y coordinado.

DAFO – Área 9.1. Ámbito Educativo (Prevención de Adicciones)

FACTORES INTERNOS	FACTORES EXTERNOS
-------------------	-------------------

⁶ LOPIVI es la Ley Orgánica 8/2021, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Se trata de una normativa estatal que tiene como objetivo prevenir, detectar precozmente y actuar frente a cualquier forma de violencia ejercida sobre niños, niñas y adolescentes, garantizando su protección en todos los ámbitos de su vida (familiar, educativo, sanitario, social, deportivo o digital).

DEBILIDADES • Desigual implantación territorial de los programas preventivos. • Predominio de intervenciones puntuales frente a programas estructurados y continuos. • Escasa integración curricular y en los proyectos educativos de centro. • Formación insuficiente y desigual del profesorado. • Baja participación e implicación sostenida de las familias. • Déficit de evaluación homogénea de resultados e impacto. • Insuficiente atención estructurada a nuevas adicciones. • Coordinación intersectorial irregular. • Insuficiencia y baja estabilidad de recursos humanos especializados.	AMENAZAS • Normalización social del consumo en la adolescencia. • Expansión acelerada de adicciones comportamentales y digitales. • Incremento de desigualdades socioeconómicas y familiares. • Sobrecarga estructural del sistema educativo. • Cambios rápidos en patrones de consumo juvenil. • Déficit de orientadores, psicólogos y personal especializado. • Brecha digital y desigual supervisión familiar. • Inestabilidad de políticas educativas y de financiación. • Fragmentación de intervenciones y dependencia de recursos externos. • Dificultad para avanzar de la prevención universal a la selectiva e indicada.
FORTALEZAS • Reconocimiento del ámbito educativo como espacio estratégico de prevención universal. • Cobertura poblacional amplia gracias a la escolarización obligatoria. • Experiencia previa en programas de educación para la salud, convivencia y habilidades para la vida. • Estructura organizativa favorable (tutorías, planes de convivencia, acción tutorial). • Red de colaboración intersectorial activa con administraciones y tercer sector. • Mayor sensibilización del profesorado y equipos directivos. • Capacidad de intervención temprana desde edades iniciales. • Espacio idóneo para trabajar género, diversidad e inclusión. • Buena acogida de las acciones preventivas por la comunidad educativa.	OPORTUNIDADES • Nuevo ciclo de planificación del V Plan Canario sobre Adicciones (2026-2030). • Marco curricular favorable para integrar la educación para la salud de forma transversal. • Impulso a la educación digital, socioemocional y al bienestar emocional. • Disponibilidad de fondos europeos, estatales y autonómicos. • Creciente sensibilización social e institucional sobre salud mental juvenil. • Potencial del tercer sector y de las entidades comunitarias. • Avances en perspectiva de género y diversidad. • Innovación pedagógica mediante metodologías activas. • Redes educativas y de promoción de la salud existentes. • Posibilidad de avanzar hacia un modelo preventivo integral y escalonado.

El análisis DAFO del ámbito educativo, desde la evaluación del IV Plan, evidencia que el sistema educativo canario dispone de una base sólida y un elevado potencial preventivo, derivado de su cobertura universal, su reconocimiento institucional y la experiencia acumulada en programas de educación para la salud y convivencia. La escuela (centros educativos) se consolida como un espacio clave para la prevención temprana y el desarrollo de factores de protección frente a las adicciones.

No obstante, persisten debilidades estructurales que limitan la eficacia y sostenibilidad de las actuaciones, especialmente la desigualdad territorial, la falta de integración curricular, la fragmentación de las intervenciones, la insuficiente formación del profesorado y la baja implicación de las familias. Estas debilidades se ven agravadas por amenazas externas como la normalización social del consumo, la rápida evolución de las adicciones digitales, la sobrecarga del sistema educativo y el déficit de recursos especializados.

El inicio del V Plan Canario sobre Adicciones (2026-2030) constituye una oportunidad estratégica para superar estas limitaciones y avanzar hacia un modelo preventivo educativo más coherente, estable y basado en evidencia. Para ello, resulta clave:

- Institucionalizar la prevención de adicciones en el currículo y en los proyectos educativos de centro.
- Reducir las desigualdades territoriales mediante criterios comunes de calidad y apoyo técnico estable.
- Reforzar la formación, el acompañamiento y el papel activo del profesorado como agente preventivo.
- Consolidar la coordinación intersectorial y comunitaria, evitando la dispersión de intervenciones.
- Impulsar la prevención de adicciones comportamentales y digitales como eje prioritario.
- Avanzar hacia un modelo integral que combine prevención universal, selectiva e indicada, con protocolos claros de detección y derivación.

En conjunto, el ámbito educativo dispone de las condiciones necesarias para convertirse en un pilar central del sistema preventivo canario, siempre que el próximo Plan apueste decididamente por la estructuración, la estabilidad, la evaluación y la coordinación como principios rectores de la acción preventiva.

Matriz CAME – Área 9.1. Ámbito Educativo

CORREGIR (Debilidades)	AFRONTAR (Amenazas)
• Reducir la desigual implantación territorial mediante criterios comunes de calidad, apoyo técnico estable y planificación autonómica. • Transformar las intervenciones puntuales en programas estructurados, continuos y basados en evidencia. • Integrar la prevención de adicciones de forma sistemática en el currículo y en los documentos estratégicos de los centros. • Reforzar la formación inicial y continua del profesorado en prevención, habilidades socioemocionales y detección precoz. • Diseñar estrategias específicas y sostenidas para aumentar la implicación de las familias. • Establecer un sistema homogéneo de indicadores de seguimiento y evaluación de resultados e impacto. • Consolidar el abordaje de adicciones comportamentales y realidades emergentes desde una perspectiva educativa. • Mejorar la coordinación intersectorial mediante protocolos estables y espacios de trabajo conjunto. • Reforzar la estabilidad y suficiencia de los recursos humanos y materiales especializados.	• Contrarrestar la normalización social del consumo con mensajes preventivos coherentes, continuados y alineados con la realidad juvenil. • Actualizar de forma periódica contenidos y metodologías para responder a la rápida evolución de las adicciones digitales. • Priorizar recursos y apoyos en centros y territorios con mayor vulnerabilidad socioeconómica. • Integrar la prevención de adicciones en las prioridades del sistema educativo para evitar su relegación. • Dotar a los centros de profesionales especializados (orientación, psicología, educación social). • Reducir el impacto de la brecha digital mediante educación crítica, alfabetización digital y apoyo a las familias. • Blindar la continuidad de los programas preventivos frente a cambios políticos o coyunturales. • Coordinar y ordenar la oferta de intervenciones externas para evitar la fragmentación. • Fortalecer los mecanismos de detección precoz, derivación y continuidad asistencial.
MANTENER (Fortalezas)	EXPLOTAR (Oportunidades)

• Consolidar el reconocimiento del ámbito educativo como pilar central de la prevención universal. • Mantener la cobertura poblacional amplia y la intervención desde edades tempranas. • Reforzar y sistematizar las experiencias exitosas ya implantadas en educación para la salud y convivencia. • Preservar las estructuras organizativas favorables (tutorías, planes de convivencia, acción tutorial). • Sostener la colaboración intersectorial y comunitaria ya existente. • Impulsar el compromiso del profesorado y de los equipos directivos como agentes preventivos. • Mantener la buena acogida de las actuaciones por parte de la comunidad educativa. • Continuar integrando la perspectiva de género, diversidad e inclusión en la prevención.	• Aprovechar el V Plan Canario (2026-2030) para institucionalizar un modelo preventivo educativo estable y homogéneo. • Integrar plenamente la prevención en el currículo y en los proyectos educativos de centro. • Vincular la prevención de adicciones a la educación digital, socioemocional y al bienestar emocional. • Captar y consolidar financiación europea, estatal y autonómica para programas preventivos. • Potenciar el papel del tercer sector en marcos de colaboración estables y coordinados. • Incorporar metodologías pedagógicas innovadoras (educación entre iguales, gamificación). • Utilizar redes educativas y de promoción de la salud para difundir buenas prácticas. • Avanzar hacia un modelo integral que combine prevención universal, selectiva e indicada.
---	--

La matriz CAME evidencia que el principal reto del ámbito educativo no es la ausencia de actuaciones preventivas, sino su falta de estructuración, estabilidad y coherencia territorial.

El V Plan debe orientarse a corregir debilidades internas, afrontar amenazas emergentes, mantener los activos ya consolidados y explotar el contexto favorable actual para transformar la prevención educativa en un sistema sólido, evaluable y sostenible.

Tabla resumen DAFO–CAME

Área 9.1. Ámbito Educativo – Prevención de Adicciones**

DAFO (Diagnóstico)	CAME (Estrategia de Acción)
DEBILIDADES • Desigual implantación territorial. • Intervenciones puntuales y poco estructuradas. • Escasa integración curricular. • Formación insuficiente del profesorado. • Baja implicación familiar. • Déficit de evaluación homogénea. • Recursos humanos y materiales insuficientes.	CORREGIR • Establecer criterios comunes de calidad y planificación autonómica. • Convertir actuaciones puntuales en programas continuos y basados en evidencia. • Integrar la prevención en el currículo y en los proyectos educativos de centro. • Reforzar la formación inicial y continua del profesorado. • Diseñar estrategias eficaces de participación familiar. • Implantar un sistema común de indicadores y evaluación. • Estabilizar y reforzar los equipos técnicos especializados.
AMENAZAS • Normalización social del consumo. • Rápida expansión de adicciones digitales. • Desigualdades socioeconómicas. • Sobrecarga del sistema educativo. • Inestabilidad de políticas y financiación. • Déficit de profesionales especializados.	AFRONTAR • Reforzar mensajes preventivos coherentes y adaptados a la realidad juvenil. • Actualizar contenidos y metodologías preventivas de forma periódica. • Priorizar recursos en contextos de mayor vulnerabilidad. • Integrar la prevención como prioridad estructural del

	sistema educativo. • Garantizar continuidad de los programas mediante financiación estable. • Incrementar la dotación de orientadores, psicólogos y educadores sociales.
FORTALEZAS • Escuela como espacio estratégico de prevención. • Cobertura universal del alumnado. • Experiencia acumulada en programas preventivos. • Estructuras educativas favorables (tutorías, convivencia). • Colaboración intersectorial existente. • Sensibilización creciente del profesorado.	MANTENER • Consolidar el papel central del ámbito educativo en la prevención universal. • Mantener la intervención temprana y de amplio alcance. • Reforzar y sistematizar las buenas prácticas ya implantadas. • Preservar las estructuras organizativas que facilitan la prevención. • Sostener y mejorar la coordinación intersectorial. • Continuar fortaleciendo el rol preventivo del profesorado.
OPORTUNIDADES • V Plan Canario 2026-2030. • Marco curricular favorable. • Fondos europeos y estatales. • Mayor sensibilización social en salud mental juvenil. • Potencial del tercer sector y redes educativas. • Innovación pedagógica.	EXPLOTAR • Institucionalizar un modelo preventivo educativo estable y homogéneo. • Integrar plenamente la prevención en el currículo. • Captar financiación para programas y equipos técnicos. • Vincular prevención de adicciones, bienestar emocional y educación digital. • Fortalecer alianzas estables con el tercer sector. • Aplicar metodologías innovadoras que aumenten el impacto preventivo.

8.3.2 Área 9.2. Ámbito Familiar

Debilidades – Área 9.2. Ámbito Familiar

- **Participación familiar limitada y desigual en las acciones preventivas.**
Aunque la mayoría de las instituciones declara desarrollar actuaciones preventivas en el ámbito familiar, la participación efectiva de las familias continúa siendo reducida y desigual. Las dificultades para conciliar horarios, la falta de tiempo, los obstáculos logísticos y la baja percepción de riesgo limitan la asistencia sostenida a talleres y programas, reduciendo el impacto real de las intervenciones.
- **Brechas de participación vinculadas a la vulnerabilidad socioeconómica y cultural.**
Las familias en contextos de mayor vulnerabilidad social, económica o cultural presentan mayores dificultades para acceder y participar en programas preventivos, lo que genera desigualdades en la protección frente a las adicciones. Estas brechas se ven reforzadas por barreras de acceso, menor capital social y una menor conexión con los canales institucionales tradicionales.
- **Escasa continuidad y estabilidad de las intervenciones familiares.**
Una parte significativa de las actuaciones se desarrolla de forma puntual u ocasional, sin configurarse como programas estructurados, continuos y con seguimiento a medio y largo plazo. Esta falta de continuidad limita la consolidación de habilidades parentales, la generación de cambios sostenidos y el acompañamiento efectivo a lo largo de las distintas etapas evolutivas de la familia.
- **Formación preventiva insuficientemente sistematizada y aplicada.**
A pesar de que existe una oferta relevante de formación y materiales, no siempre se garantiza su acceso equitativo ni su traducción en herramientas prácticas para el día a día familiar. Persisten carencias en el desarrollo de competencias clave como la comunicación familiar, la detección temprana de señales de alerta, la resolución de conflictos, la supervisión parental y el uso responsable de tecnologías digitales.
- **Débil articulación entre el ámbito familiar, educativo y comunitario.**
La coordinación entre programas familiares, escolares y comunitarios (AMPA y sus federaciones) se valora como presente pero claramente mejorable. La falta de una planificación conjunta y de mensajes coherentes reduce la eficacia global de la prevención y dificulta el enfoque sistémico que reconoce a la familia como agente clave en interacción con otros entornos de socialización.
- **Insuficiente abordaje específico de las adicciones comportamentales y digitales en la familia.**
Aunque se reconoce la creciente preocupación por el uso problemático de tecnologías, redes sociales, videojuegos y juego/apuestas online, la orientación específica a las familias en estos ámbitos sigue siendo limitada y desigual. Se detecta una necesidad clara de reforzar la alfabetización digital familiar y la capacitación para gestionar riesgos tecnológicos emergentes.
- **Déficit en la estandarización de protocolos de detección, orientación y derivación.**

La mayoría de las entidades sitúa el conocimiento y existencia de protocolos como “parcial”, lo que evidencia una debilidad estructural en la respuesta ante situaciones de riesgo o consumo en el entorno familiar. Esta falta de claridad dificulta la detección precoz, la derivación adecuada y la seguridad de las familias a la hora de solicitar apoyo.

- **Visibilidad limitada y complejidad en el acceso a los recursos disponibles.**

Aunque existe una red de recursos, su conocimiento por parte de las familias no es pleno ni homogéneo. La falta de información clara, accesible y comprensible sobre a qué recursos acudir y cómo hacerlo reduce la utilización efectiva del sistema preventivo y asistencial.

- **Persistencia del estigma y de la desconfianza institucional en familias afectadas.**

Algunas familias con problemáticas asociadas a las adicciones evitan participar en programas preventivos por miedo a la estigmatización, a la culpabilización o por desconfianza hacia las instituciones. Esta barrera afecta especialmente a familias con consumos ocultos, conflictos intrafamiliares o experiencias previas negativas con los servicios.

- **Limitaciones en la evaluación homogénea del impacto de la prevención familiar.**

La elevada variabilidad en el número de actuaciones, el alcance y los sistemas de registro, junto con la ausencia de indicadores comunes, dificulta medir de forma comparable la cobertura, intensidad y resultados de la prevención familiar en el conjunto del territorio. Esta debilidad limita la mejora continua y la toma de decisiones basada en evidencia.

Amenazas – Área 9.2. Ámbito Familiar

- **Transformación y diversificación de los modelos familiares.**

La creciente diversidad de estructuras familiares (monoparentales, reconstituidas, migrantes, familias extensas o con referentes adultos múltiples) plantea retos para el diseño e implementación homogénea de programas preventivos. Los modelos estandarizados no siempre responden adecuadamente a estas realidades, lo que puede reducir la eficacia de las intervenciones si no se adaptan de forma flexible y culturalmente sensible.

- **Impacto de la crisis socioeconómica y la precariedad en la capacidad preventiva de las familias.**

El desempleo, la inestabilidad laboral, la pobreza y la sobrecarga de cuidados limitan el tiempo, la disponibilidad emocional y los recursos de muchas familias para implicarse activamente en la prevención. Estas condiciones estructurales incrementan la vulnerabilidad al consumo y dificultan la adopción de prácticas educativas preventivas sostenidas.

- **Normalización social y familiar de determinadas conductas de riesgo.**

La tolerancia social hacia el consumo de alcohol, tabaco, cannabis u otras sustancias en el entorno familiar puede transmitir a niños, niñas y adolescentes una percepción de bajo riesgo, debilitando los mensajes preventivos. Esta normalización dificulta el modelado de hábitos saludables y puede favorecer la reproducción intergeneracional de conductas adictivas.

- **Incremento del uso problemático de tecnologías y adicciones comportamentales.**

La expansión del uso intensivo de pantallas, redes sociales, videojuegos y apuestas online constituye una amenaza creciente para la convivencia familiar y la salud de menores y adolescentes. Muchas familias manifiestan dificultades para establecer límites, identificar señales de riesgo y gestionar estos usos de manera preventiva, especialmente ante la rápida evolución de los entornos digitales.

- **Déficit de conciliación entre vida laboral, familiar y comunitaria.**

Las dificultades para compatibilizar horarios laborales, responsabilidades de cuidado, ocio y tiempo libre y vida escolar reducen la participación de padres y madres en programas preventivos. Esta falta de conciliación limita el acceso a espacios formativos y de apoyo, especialmente cuando las intervenciones se desarrollan en formatos rígidos o presenciales.

- **Brecha digital y desigualdades educativas entre familias.**

Las diferencias en el acceso a recursos tecnológicos, competencias digitales y capital educativo generan desigualdades en la capacidad de las familias para acompañar a hijos e hijas en la prevención de riesgos, especialmente los relacionados con el entorno digital. Esta brecha puede amplificar las desigualdades sociales y preventivas ya existentes.

- **Persistencia del estigma y de la desconfianza hacia las instituciones.**

Algunas familias en contextos de consumo problemático, vulnerabilidad social o conflicto evitan participar en programas preventivos por miedo a la estigmatización, a la culpabilización o por experiencias previas negativas con los servicios públicos. Esta desconfianza institucional actúa como una barrera significativa para el acceso temprano a apoyos y recursos.

- **Riesgo de transmisión intergeneracional de las adicciones.**

La presencia de consumos problemáticos o dinámicas disfuncionales en el entorno familiar incrementa el riesgo de reproducción de patrones adictivos en hijos e hijas. Sin apoyos preventivos específicos y acompañamiento continuado, esta transmisión intergeneracional puede consolidarse como un factor estructural de riesgo.

- **Limitada estandarización de protocolos y circuitos de apoyo familiar.**

El conocimiento parcial o inexistente de protocolos de detección, orientación y derivación constituye una amenaza para la respuesta temprana ante situaciones de riesgo. La falta de claridad en los circuitos puede generar inseguridad en las familias y retrasar la intervención preventiva adecuada.

- **Riesgo de fragmentación y baja visibilidad del sistema preventivo familiar.**

La elevada variabilidad territorial en volumen de acciones, formatos y sistemas de registro, junto con la ausencia de indicadores homogéneos, dificulta la consolidación de un sistema preventivo familiar reconocible, accesible y evaluable. Esta fragmentación puede reducir la confianza de las familias y limitar el impacto global de las políticas públicas en este ámbito.

Fortalezas – Área 9.2. Ámbito Familiar

- **Reconocimiento institucional de la familia como agente preventivo clave.**

El IV Plan Canario sobre Adicciones sitúa de manera explícita a la familia como un pilar estratégico de la prevención, reconociendo su papel central en la educación para la salud, la transmisión de valores y el modelado de conductas. Este reconocimiento legitima la intervención con familias y refuerza su protagonismo en las acciones preventivas comunitarias.

- **Existencia de experiencias y programas previos de apoyo familiar.**

Canarias dispone de una trayectoria previa en el desarrollo de escuelas de familias, talleres formativos y programas de parentalidad positiva, impulsados tanto desde las administraciones públicas como desde el tercer sector. Esta experiencia acumulada constituye una base sólida sobre la que construir programas más estructurados, continuos y basados en evidencia.

- **Capacidad de intervención temprana a lo largo del ciclo vital familiar.**

La familia, como primer entorno de socialización, ofrece una oportunidad privilegiada para intervenir desde edades tempranas, reforzar factores de protección y retrasar la aparición de conductas de riesgo. Esta capacidad permite abordar la prevención de forma progresiva y adaptada a las distintas etapas evolutivas de hijos e hijas.

- **Presencia de alianzas con el ámbito educativo y comunitario.**

Se constata la existencia de programas compartidos entre centros educativos, servicios sociales, AMPA, entidades comunitarias y ONG, que incorporan a las familias en acciones preventivas conjuntas. Estas alianzas facilitan un enfoque más sistémico de la prevención y refuerzan la coherencia de los mensajes entre los distintos entornos de socialización.

- **Implicación activa del tercer sector y de entidades especializadas.**

Las organizaciones del tercer sector cuentan con una amplia experiencia en el acompañamiento, la formación y la intervención con familias, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad. Su proximidad comunitaria, flexibilidad y especialización representan un activo relevante para ampliar el alcance y la adaptabilidad de las acciones preventivas.

- **Creciente sensibilización e interés de padres y madres en prevención y bienestar.**

Tras la pandemia, se observa un aumento del interés de una parte significativa de las familias por cuestiones relacionadas con el bienestar emocional, la salud mental, la convivencia familiar y el uso de tecnologías. Este contexto social genera un clima favorable para la implementación de programas preventivos y para la captación de familias motivadas.

- **Incorporación progresiva de la perspectiva de género y de la diversidad familiar.**

Algunos programas y actuaciones comienzan a integrar la diversidad de realidades familiares, prestando atención específica a mujeres cuidadoras, familias monoparentales, familias reconstituidas y contextos de vulnerabilidad social. Esta sensibilidad favorece intervenciones más inclusivas y ajustadas a las necesidades reales de las familias.

- **Disponibilidad de recursos comunitarios complementarios a la acción familiar.**

La existencia de servicios de salud, juventud, servicios sociales, asociaciones vecinales y recursos comunitarios de proximidad actúa como soporte adicional para las familias en la prevención, la detección temprana y la orientación ante situaciones de riesgo. En aquellos territorios donde esta red está bien articulada, se observa una mayor capacidad de respuesta y acompañamiento.

Oportunidades – Área 9.2. Ámbito Familiar

- **Nuevo ciclo de planificación estratégica con el V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030).**

El diseño del V Plan constituye una oportunidad clave para reforzar de manera estructural y sistemática la participación de las familias en la prevención, superando enfoques puntuales y avanzando hacia programas continuos, evaluables y adaptados a las distintas etapas evolutivas del ciclo familiar. Permite además integrar los aprendizajes derivados de la evaluación del IV Plan y corregir debilidades detectadas en cobertura, continuidad y coordinación.

- **Disponibilidad de fondos europeos y nacionales orientados a salud comunitaria e inclusión social.**

El acceso a financiación vinculada a salud mental, inclusión social, infancia, juventud y digitalización ofrece una oportunidad estratégica para fortalecer los programas familiares, ampliar formatos de intervención, mejorar materiales y garantizar una mayor estabilidad de las acciones preventivas dirigidas a familias, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad.

- **Impulso institucional y social a la parentalidad positiva.**

El creciente interés por los programas de parentalidad positiva, centrados en la comunicación familiar, la gestión emocional, la resolución de conflictos y la supervisión educativa, genera un contexto favorable para reforzar el papel preventivo de las familias. La amplia experiencia ya existente en este ámbito permite escalar y sistematizar intervenciones basadas en evidencia.

- **Potencial de integración real entre familia, escuela y comunidad.**

Existe una oportunidad clara para avanzar hacia modelos integrados de escuela-familia-comunidad, reforzando la coherencia de los mensajes preventivos y el enfoque sistémico. La colaboración ya existente con centros educativos, servicios sociales, AMPA y entidades comunitarias puede evolucionar hacia una planificación más coordinada, accesible y continuada.

- **Uso de herramientas digitales y modalidades de e-learning para llegar a más familias.**

Las tecnologías digitales permiten superar barreras territoriales, horarias y logísticas, facilitando la participación de familias que tradicionalmente quedan fuera de los programas presenciales. Plataformas online, recursos interactivos y acompañamiento telemático representan una oportunidad para ampliar cobertura, especialmente en islas no capitalinas y contextos de difícil acceso.

- **Mayor sensibilización familiar tras la pandemia.**

El incremento del interés de padres y madres por la salud mental, el bienestar emocional, la convivencia y el uso de tecnologías crea un clima social propicio para la implicación en programas preventivos. Este contexto facilita la captación de familias motivadas y la legitimación de intervenciones orientadas a la prevención de riesgos y adicciones.

- **Fortalecimiento del papel del tercer sector y de las redes comunitarias.**
La amplia implantación y experiencia de ONG, asociaciones vecinales y entidades sociales ofrece una oportunidad para ampliar la cobertura territorial y adaptar las intervenciones a las realidades locales. Su cercanía y flexibilidad pueden contribuir a mejorar el acceso de familias con menor vinculación institucional y reducir barreras de participación.
- **Desarrollo de programas con enfoque de género y diversidad familiar.**
El marco actual permite diseñar programas familiares más inclusivos, que reconozcan la diversidad de estructuras y situaciones familiares (monoparentales, monomarentales, migrantes, cuidadoras, familias en vulnerabilidad). Incorporar itinerarios flexibles y sensibles a estas realidades puede mejorar la eficacia preventiva y reducir desigualdades.
- **Refuerzo de la formación y profesionalización de la red comunitaria.**
La elevada participación de agentes sociales en acciones formativas y la demanda de capacitación más práctica y actualizada representan una oportunidad para mejorar la calidad de las intervenciones con familias. El V Plan puede impulsar espacios estables de formación, intercambio profesional y revisión de programas desde un enfoque basado en evidencia.
- **Posibilidad de consolidar sistemas comunes de registro y evaluación.**
La variabilidad actual en indicadores, volumen de acciones y evaluación abre una oportunidad estratégica para desarrollar un sistema común y comparable de seguimiento de la prevención familiar. Contar con indicadores homogéneos permitirá medir cobertura, intensidad, permanencia y resultados, fortaleciendo la toma de decisiones y la mejora continua.

DAFO – Área 9.2. Ámbito Familiar

DEBILIDADES (Factores internos negativos)	AMENAZAS (Factores externos negativos)
• Participación familiar limitada y desigual en las acciones preventivas. • Brechas de participación asociadas a la vulnerabilidad socioeconómica y cultural. • Falta de continuidad y estabilidad de los programas familiares. • Formación preventiva poco sistematizada y escasamente aplicada al día a día familiar. • Débil coordinación entre el ámbito familiar, educativo y comunitario. • Insuficiente abordaje específico de adicciones comportamentales y digitales en la familia. • Conocimiento parcial o inexistente de protocolos de detección, orientación y derivación. • Visibilidad limitada y complejidad de acceso a los recursos disponibles. • Persistencia del estigma y la desconfianza institucional en familias con mayor vulnerabilidad. • Déficit de indicadores comunes para evaluar impacto, cobertura y resultados.	• Diversificación de los modelos familiares que dificulta intervenciones homogéneas. • Crisis socioeconómica, precariedad laboral y sobrecarga de cuidados. • Normalización social y familiar del consumo de alcohol, tabaco, cannabis u otras conductas de riesgo. • Incremento del uso problemático de tecnologías, redes sociales y apuestas online. • Dificultades de conciliación laboral, familiar y comunitaria. • Brecha digital y desigualdades educativas entre familias. • Persistencia del estigma social hacia familias en contextos de consumo. • Riesgo de transmisión intergeneracional de patrones adictivos (modelos). • Fragmentación territorial y desigualdad en el acceso a apoyos familiares. • Falta de coherencia y continuidad de las políticas preventivas en el tiempo.
FORTALEZAS (Factores internos positivos)	OPORTUNIDADES (Factores externos positivos)

• Reconocimiento institucional de la familia como agente preventivo clave. • Existencia de programas y experiencias previas de apoyo familiar y parentalidad positiva. • Capacidad de intervención temprana a lo largo del ciclo vital familiar. • Alianzas con el ámbito educativo, servicios sociales y comunidad. • Implicación activa del tercer sector y entidades especializadas. • Sensibilización creciente de padres y madres sobre salud mental y bienestar. • Incorporación progresiva de la perspectiva de género y diversidad familiar. • Disponibilidad de recursos comunitarios complementarios en algunos territorios. • Interés de una parte de las familias en participar y actuar como agentes de cambio. • Existencia de materiales formativos y recursos preventivos accesibles.	• Diseño del V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030). • Acceso a fondos europeos y nacionales para salud comunitaria e inclusión social. • Impulso institucional a la parentalidad positiva y educación emocional. • Potencial de modelos integrados escuela–familia–comunidad. • Uso de herramientas digitales y e-learning para ampliar la participación familiar. • Mayor sensibilización social tras la pandemia sobre salud mental y adicciones. • Fortalecimiento de redes comunitarias y del tercer sector. • Desarrollo de programas con enfoque de género y atención a la diversidad. • Demanda de formación continua de agentes sociales que trabajan con familias. • Oportunidad de consolidar sistemas comunes de registro y evaluación.
--	---

Conclusiones del DAFO – Área 9.2. Ámbito Familiar

El análisis evidencia un amplio consenso institucional sobre el papel central de la familia como agente preventivo frente a las adicciones. No obstante, este reconocimiento no siempre se traduce en una participación efectiva, continuada y equitativa de las familias en los programas preventivos, lo que limita el alcance real de las actuaciones.

Canarias cuenta con experiencias previas relevantes en apoyo familiar y parentalidad positiva, así como con materiales y acciones formativas disponibles. Sin embargo, la falta de continuidad, homogeneidad territorial y evaluación común dificulta consolidar un modelo preventivo familiar estable y basado en evidencia.

Las brechas socioeconómicas, culturales y digitales influyen de manera significativa en la capacidad de las familias para implicarse en la prevención, generando desigualdades en la protección frente a las adicciones. Estas desigualdades refuerzan la necesidad de estrategias diferenciadas y accesibles que prioricen a las familias en contextos de mayor vulnerabilidad.

A pesar de la existencia de alianzas con el ámbito educativo, los servicios sociales y el tercer sector, la coordinación entre familia, escuela y comunidad sigue siendo limitada y poco estructurada. Esta fragmentación reduce la coherencia de los mensajes preventivos y la eficacia global de las intervenciones.

El incremento del uso problemático de tecnologías y de las adicciones comportamentales plantea retos que muchas familias no están preparadas para afrontar. La falta de formación específica y de orientación práctica limita la capacidad preventiva del entorno familiar frente a estos riesgos emergentes.

El estigma social e institucional continúa actuando como un obstáculo relevante para la participación de determinadas familias, especialmente aquellas con mayor vulnerabilidad o con experiencias previas de consumo. Superar esta barrera es clave para mejorar el acceso temprano y la confianza en los recursos preventivos.

El contexto actual ofrece oportunidades claras para fortalecer el ámbito familiar, especialmente a través del diseño del V Plan Canario, la disponibilidad de financiación externa, el impulso a la parentalidad positiva y el uso de herramientas digitales. Aprovechar estas oportunidades permitirá avanzar hacia un modelo más accesible, inclusivo y evaluable.

El análisis DAFO pone de manifiesto la necesidad de evolucionar desde actuaciones dispersas hacia un modelo preventivo familiar integral, continuo y basado en evidencia, con protocolos claros, indicadores comunes y mecanismos de seguimiento que permitan medir impacto y orientar la mejora continua.

El ámbito familiar dispone de fortalezas y oportunidades suficientes para consolidarse como eje estratégico de la prevención, siempre que el V Plan aborde de manera decidida las debilidades estructurales y las amenazas contextuales identificadas. Reforzar la participación, la equidad, la coordinación y la evaluación será clave para potenciar el papel de las familias como agentes de salud y prevención.

Matriz CAME – Área 9.2. Ámbito Familiar

CORREGIR (Debilidades)	AFRONTAR (Amenazas)
• Incrementar la participación real y sostenida de las familias mediante formatos flexibles, accesibles y adaptados a sus tiempos y contextos. • Reducir las brechas de acceso reforzando acciones específicas en familias en situación de vulnerabilidad social, económica o cultural. • Transformar intervenciones puntuales en programas familiares estructurados, continuos y con seguimiento a medio y largo plazo. • Sistematizar la formación parental práctica en comunicación, detección temprana, supervisión y gestión de conflictos. • Reforzar la coordinación efectiva entre familia, escuela y comunidad mediante planificación conjunta. • Incorporar de forma explícita la prevención de adicciones digitales y comportamentales en la formación familiar. • Unificar y difundir protocolos claros de detección, orientación y derivación para familias. • Mejorar la visibilidad y accesibilidad de los recursos disponibles. • Reducir el estigma mediante enfoques de acompañamiento, confianza y derechos. • Implantar un sistema común de indicadores y evaluación del impacto de la prevención familiar.	• Adaptar los programas preventivos a la diversidad de modelos familiares con enfoques flexibles y culturalmente sensibles. • Priorizar apoyos preventivos en contextos de crisis socioeconómica y sobrecarga de cuidados. • Contrarrestar la normalización social del consumo mediante el refuerzo de modelos familiares saludables. • Fortalecer la alfabetización digital familiar frente al aumento del uso problemático de tecnologías. • Diseñar intervenciones compatibles con las dificultades de conciliación laboral y familiar. • Reducir la brecha digital mediante recursos formativos accesibles y apoyos comunitarios. • Generar confianza institucional para facilitar la participación de familias estigmatizadas. • Prevenir la transmisión intergeneracional de conductas adictivas mediante acompañamiento temprano y continuado.
MANTENER (Fortalezas)	EXPLOTAR (Oportunidades)
• Consolidar el reconocimiento de la familia como agente preventivo clave. • Mantener y reforzar las experiencias existentes de parentalidad positiva y apoyo familiar. • Preservar la intervención temprana a lo largo del ciclo vital familiar. • Sostener las alianzas con el ámbito educativo, servicios sociales y comunidad. • Continuar apoyando el papel del tercer sector	• Aprovechar el V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030) para institucionalizar un modelo preventivo familiar estable y evaluable. • Captar fondos europeos y nacionales para consolidar programas familiares continuos. • Impulsar la parentalidad positiva como eje central de la prevención familiar. • Desarrollar modelos integrados escuela–familia–comunidad.

como actor de proximidad y confianza. • Reforzar la sensibilización creciente de padres y madres en bienestar y salud mental. • Mantener la incorporación progresiva de la perspectiva de género y diversidad familiar. • Potenciar el uso de recursos comunitarios de apoyo a las familias.	• Expandir el uso de plataformas digitales, e-learning y acompañamiento online. • Aprovechar la mayor sensibilización social postpandemia para captar familias. • Fortalecer redes comunitarias y del tercer sector para ampliar cobertura territorial. • Diseñar programas específicos con enfoque de género y atención a la diversidad. • Profesionalizar y formar de manera continua a los agentes que trabajan con familias. • Implantar sistemas comunes de registro y evaluación de resultados.
---	--

Tabla resumen DAFO–CAME Área 9.2. Ámbito Familiar

DAFO (Diagnóstico)	CAME (Estrategia derivada)
DEBILIDADES • Baja y desigual participación de las familias. • Falta de continuidad y estabilidad de los programas. • Brechas socioeconómicas y digitales. • Formación parental poco sistematizada y aplicada. • Débil coordinación familia–escuela–comunidad. • Escaso abordaje de adicciones digitales. • Protocolos poco conocidos y evaluación limitada. • Estigma y desconfianza institucional.	CORREGIR • Incrementar la participación familiar con formatos flexibles y accesibles. • Consolidar programas familiares continuos y evaluables. • Priorizar apoyos a familias en mayor vulnerabilidad. • Sistematizar la formación práctica en parentalidad preventiva. • Reforzar la coordinación intersectorial. • Integrar la prevención de adicciones digitales. • Unificar protocolos y sistemas de evaluación. • Reducir estigma con enfoques de acompañamiento y confianza.
AMENAZAS • Cambios en los modelos familiares. • Crisis socioeconómica y precariedad. • Normalización social del consumo. • Uso problemático de tecnologías y apuestas online. • Dificultades de conciliación familiar y laboral. • Brecha digital y educativa. • Riesgo de transmisión intergeneracional de adicciones.	AFRONTAR • Adaptar los programas a la diversidad familiar. • Reforzar la prevención en contextos de mayor vulnerabilidad. • Potenciar modelos familiares saludables. • Impulsar la alfabetización digital familiar. • Diseñar intervenciones compatibles con la conciliación. • Reducir desigualdades digitales y educativas. • Prevenir la reproducción intergeneracional del consumo.
FORTALEZAS • Reconocimiento institucional de la familia como agente preventivo. • Experiencia previa en parentalidad positiva. • Capacidad de intervención temprana. • Alianzas con escuela, servicios sociales y comunidad. • Implicación del tercer sector. • Mayor sensibilización familiar tras la pandemia.	MANTENER • Consolidar el rol preventivo de la familia. • Mantener y reforzar programas de parentalidad positiva. • Preservar la intervención temprana. • Sostener las alianzas intersectoriales. • Apoyar el papel del tercer sector y la red comunitaria. • Aprovechar la motivación creciente de las familias.
OPORTUNIDADES • V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030). • Fondos europeos y nacionales. • Impulso a la parentalidad positiva. • Modelos integrados	EXPLOTAR • Institucionalizar un modelo preventivo familiar estable y evaluable. • Captar financiación para consolidar programas. • Escalar la parentalidad positiva como eje

escuela–familia–comunidad. • Uso de herramientas digitales y e-learning. • Enfoque de género y diversidad familiar.	preventivo. • Desarrollar modelos integrados de intervención. • Ampliar la formación online y el acompañamiento digital. • Diseñar programas inclusivos y con enfoque de género.
---	---

8.3.3 Área 9.3. Ámbito Comunitario

Debilidades – Área 9.3. Ámbito Comunitario

- **Desigual desarrollo territorial y cobertura heterogénea de la prevención comunitaria.**

A pesar de que la mayoría de instituciones y entidades declara realizar prevención comunitaria, el grado de implantación y cobertura es muy baja así como desigual entre islas, municipios y barrios. Esta heterogeneidad genera brechas en el acceso a programas, oportunidades preventivas y recursos comunitarios, especialmente en territorios con menor estructura técnica o menor tradición de trabajo comunitario.

- **Falta de continuidad y sostenibilidad de las intervenciones comunitarias.**

Una parte relevante de los proyectos comunitarios depende de convocatorias anuales, subvenciones temporales o financiación puntual, lo que dificulta su consolidación como procesos estables. Esta discontinuidad limita la creación de vínculos comunitarios duraderos, la generación de confianza y el impacto a medio y largo plazo de las intervenciones.

- **Coordinación interinstitucional presente pero insuficientemente estructurada.**

Aunque existe coordinación entre administraciones públicas, servicios sociales, centros educativos, sanitarios y entidades del tercer sector, su funcionamiento es irregular y dependiente del territorio y de la iniciativa local. La ausencia de estructuras comunitarias estables y de liderazgo compartido dificulta una acción comunitaria integral, coherente y sostenida.

- **Participación ciudadana limitada y poco sostenida en el tiempo.**

La implicación de vecinos, asociaciones y colectivos comunitarios se enfrenta a dificultades estructurales como la debilidad del tejido social, la falta de sentido de pertenencia y los estilos de vida (en muchos casos disonantes) que dificultan la participación. Como resultado, muchas iniciativas no logran consolidar una participación activa y duradera de la ciudadanía.

- **Insuficiente visibilidad y comunicación de los programas comunitarios.**

La falta de estrategias sistemáticas de comunicación y difusión reduce el conocimiento ciudadano de los recursos y actividades disponibles. Esta baja visibilidad contribuye a una percepción limitada de la prevención comunitaria y dificulta la captación de población destinataria y de agentes comunitarios clave.

- **Incorporación aún limitada de problemáticas emergentes.**

Aunque se detecta un aumento de comportamientos de riesgo y consumos en el entorno comunitario, muchos proyectos continúan centrados prioritariamente en sustancias clásicas. El abordaje de adicciones comportamentales, riesgos digitales, juego online y nuevas realidades sociales sigue siendo parcial y poco sistematizado.

- **Déficit de protocolos claros de detección, orientación y derivación comunitaria.**

La mayoría de las entidades sitúa el conocimiento y existencia de protocolos como parcial o inexistente, lo que limita la capacidad de respuesta temprana ante situaciones de riesgo detectadas en la comunidad. Esta debilidad dificulta la articulación de circuitos ágiles y compartidos entre prevención comunitaria y recursos asistenciales.

- **Escasa evaluación sistemática del impacto comunitario.**
La evaluación de resultados y del impacto real de las intervenciones comunitarias es limitada y desigual. La ausencia de indicadores comunes y de sistemas de registro comparables dificulta medir cobertura, alcance, continuidad y efectos sobre la calidad de vida comunitaria, reduciendo la capacidad de mejora continua y de toma de decisiones basada en evidencia.
- **Dependencia elevada del tercer sector y del voluntariado.**
Gran parte de la acción comunitaria recae en ONG, asociaciones vecinales y entidades sociales que, aunque cuentan con experiencia y proximidad, disponen de recursos humanos y financieros inestables. Esta dependencia compromete la sostenibilidad de los proyectos y aumenta la vulnerabilidad del sistema comunitario ante cambios en la financiación.
- **Debilitamiento del tejido comunitario y de los espacios de socialización saludable.**
En diversos territorios se identifica una pérdida de espacios de encuentro, ocio saludable y participación intergeneracional, lo que limita las oportunidades de prevención comunitaria y refuerzo de factores de protección. Esta situación afecta especialmente a colectivos vulnerables como jóvenes, personas mayores y mujeres en contextos de soledad o fragilidad social.

Amenazas – Área 9.3. Ámbito Comunitario

- **Persistencia de desigualdades socioeconómicas y territoriales.**
La pobreza, el desempleo, la exclusión social y las desigualdades entre islas, municipios y barrios incrementan la vulnerabilidad comunitaria frente a las adicciones y dificultan la implantación homogénea de programas preventivos. Estas desigualdades condicionan tanto la disponibilidad de recursos como la capacidad de participación y apropiación comunitaria de las iniciativas.
- **Fragmentación institucional y falta de coherencia en la acción comunitaria.**
La ausencia de una coordinación estable y estructurada entre Gobierno autonómico, cabildos, ayuntamientos y servicios sociales puede generar solapamientos, discontinuidades o vacíos en la intervención comunitaria. Esta fragmentación debilita la coherencia de las políticas preventivas y reduce su impacto a medio y largo plazo.
- **Inestabilidad política y financiera de los proyectos comunitarios.**
Los cambios en prioridades políticas, la dependencia de convocatorias anuales y la incertidumbre presupuestaria amenazan la continuidad de los programas comunitarios. Esta inestabilidad limita la sostenibilidad de las intervenciones y dificulta la consolidación de procesos comunitarios con arraigo territorial.
- **Riesgo de fatiga participativa y desafección ciudadana.**
La ciudadanía y las entidades sociales pueden mostrar desmotivación o desconfianza cuando no perciben resultados tangibles, continuidad o reconocimiento institucional de su implicación. Esta fatiga participativa supone una amenaza para la movilización comunitaria y la corresponsabilidad en la prevención.
- **Normalización social del consumo en el entorno comunitario.**
La tolerancia social hacia el consumo de alcohol, tabaco, cannabis u otras conductas de riesgo en espacios comunitarios debilita los mensajes preventivos

y dificulta la generación de normas sociales protectoras, especialmente entre población joven y adolescente.

- **Expansión acelerada de adicciones emergentes y riesgos digitales.**

El crecimiento del juego online, las apuestas deportivas, el uso problemático de tecnologías y otras adicciones comportamentales supera en muchos casos la capacidad de adaptación de los programas comunitarios locales, que no siempre disponen de formación, recursos ni metodologías actualizadas para afrontarlas.

- **Escasez y rotación de recursos humanos comunitarios especializados.**

En municipios pequeños, zonas rurales o territorios con menor estructura técnica resulta difícil contar con personal técnico local y comunitario estable y especializado. La sobrecarga laboral y la alta rotación de profesionales afectan a la continuidad, calidad y seguimiento de las intervenciones.

- **Brecha digital y limitaciones tecnológicas en comunidades vulnerables.**

Las desigualdades en el acceso a recursos digitales y competencias tecnológicas dificultan la implantación de proyectos innovadores y la utilización de herramientas digitales de prevención, especialmente en colectivos vulnerables y territorios con menor conectividad.

- **Debilitamiento del tejido comunitario y del sentido de pertenencia.**

Los estilos de vida actuales, la fragmentación social y la pérdida de espacios de encuentro dificultan la construcción de redes comunitarias sólidas. Este debilitamiento del tejido social reduce las oportunidades de prevención comunitaria y de refuerzo de factores de protección colectivos.

- **Limitada capacidad para evaluar y demostrar el impacto comunitario.**

La falta de sistemas comunes de registro, indicadores homogéneos y evaluación sistemática del impacto comunitario dificulta visibilizar los logros de las intervenciones y justificar su continuidad. Esta debilidad puede reforzar la percepción de ineficacia y alimentar la nula priorización política de la prevención comunitaria.

Fortalezas – Área 9.3. Ámbito Comunitario

- **Reconocimiento institucional del ámbito comunitario como eje estratégico de la prevención.**

El IV Plan Canario sobre Adicciones identifica de forma explícita el ámbito comunitario como un espacio clave para la promoción de la salud, la prevención de conductas adictivas y el fortalecimiento de la cohesión social. Este reconocimiento legitima la intervención comunitaria y favorece su incorporación en las políticas públicas locales e insulares.

- **Trayectoria y experiencia acumulada en proyectos comunitarios.**

Canarias cuenta con una base sólida de iniciativas comunitarias impulsadas por administraciones locales, asociaciones vecinales, ONG y entidades especializadas, con una larga trayectoria en trabajo comunitario, prevención de adicciones y promoción de estilos de vida saludables. Esta experiencia constituye un activo fundamental para el desarrollo de modelos preventivos más estructurados y sostenibles.

- **Existencia de redes sociales y comunitarias activas.**

En numerosos territorios se identifican federaciones, asociaciones juveniles, culturales, deportivas y vecinales que participan activamente en la implementación de acciones preventivas. Estas redes facilitan el acceso a la población, refuerzan la legitimidad de las intervenciones y permiten adaptar los programas a las características del contexto local.

- **Capacidad de proximidad y adaptación al contexto local.**

El ámbito comunitario permite una intervención cercana, flexible y adaptada a las realidades de cada barrio o municipio. Esta proximidad favorece la generación de confianza, la detección temprana de situaciones de riesgo y la adecuación cultural y social de las acciones preventivas.

- **Implicación relevante del tercer sector en la acción comunitaria.**

Las ONG y entidades sociales y sociosanitarias desempeñan un papel central en la prevención comunitaria, aportando experiencia técnica, cercanía con la población y capacidad de intervención en contextos de mayor vulnerabilidad. Su participación refuerza el enfoque comunitario y amplía el alcance de las políticas públicas.

- **Potencial existente para el trabajo en red y la coordinación local.**

La presencia de mesas comunitarias, comisiones municipales, consejos de participación y espacios intersectoriales en algunos municipios constituye una fortaleza relevante. Estos espacios ofrecen una base sobre la que consolidar estructuras estables de coordinación entre administraciones, recursos técnicos y tejido social.

- **Incremento de la sensibilización social en torno a la salud comunitaria.**

Tras la pandemia, se observa un aumento de la conciencia social sobre la importancia de la salud mental, el bienestar colectivo y los determinantes comunitarios de la salud. Este contexto favorece la aceptación y la buena acogida de iniciativas comunitarias de prevención y promoción de la salud.

- **Avances en la incorporación de la perspectiva de género y la atención a colectivos vulnerables.**

Algunos programas comunitarios comienzan a integrar de forma explícita la atención a mujeres, jóvenes, personas mayores y otros colectivos en situación de vulnerabilidad, contribuyendo a una mayor equidad de las acciones y a un enfoque más inclusivo de la prevención comunitaria.

- **Capacidad de dinamización social cuando existen apoyos adecuados.**

Las respuestas destacan que, cuando se activan iniciativas comunitarias con recursos suficientes, se generan sinergias positivas entre agentes, aumenta la concienciación colectiva y se refuerza el sentido de corresponsabilidad en la prevención. Esto evidencia el alto potencial transformador del ámbito comunitario cuando se dan condiciones favorables.

- **Reconocimiento compartido del valor estratégico del ámbito comunitario.**

Existe una percepción ampliamente compartida entre administraciones y entidades sociales de que la comunidad es un espacio imprescindible para una prevención integral de las adicciones, complementaria a los ámbitos educativo, familiar y asistencial. Este consenso sobre salud comunitaria constituye una base sólida para impulsar políticas comunitarias más ambiciosas y coordinadas en el marco del V Plan.

Oportunidades – Área 9.3. Ámbito Comunitario (versión mejorada y fundamentada)

- **Nuevo ciclo estratégico con el V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030)**

El diseño del V Plan constituye una oportunidad clave para consolidar un modelo de intervención comunitaria más estable, coherente y sostenible, superando la dispersión actual de iniciativas. Permite establecer criterios comunes, prioridades claras y mecanismos de seguimiento que conviertan el ámbito comunitario en un eje operativo central de la prevención.

- **Acceso a fondos europeos y nacionales para salud pública e inclusión social**

La disponibilidad de financiación vinculada a salud comunitaria, inclusión social, juventud y desarrollo local ofrece una oportunidad estratégica para reforzar y estabilizar proyectos comunitarios, especialmente en territorios con menor capacidad técnica o mayores necesidades sociales, reduciendo desigualdades territoriales.

- **Incremento de la sensibilización social en salud comunitaria tras la pandemia**

El aumento del interés ciudadano e institucional por la salud mental, el bienestar colectivo y la cohesión social genera un contexto favorable para la aceptación y legitimación de programas comunitarios de prevención, facilitando la implicación de la población y de los agentes locales.

- **Potencial de las herramientas digitales y plataformas comunitarias**

El uso de tecnologías digitales permite ampliar el alcance territorial de los programas, mejorar la comunicación comunitaria y facilitar la participación de colectivos jóvenes o con menor presencia en formatos presenciales. Estas herramientas pueden complementar la intervención comunitaria tradicional y reforzar su visibilidad e impacto.

- **Fortaleza del tercer sector y del tejido asociativo local**

La amplia implantación y experiencia de ONG, asociaciones vecinales y entidades comunitarias representa una oportunidad para ampliar la cobertura, adaptar las intervenciones a los contextos locales y llegar a colectivos menos conectados con los canales institucionales, reforzando la legitimidad social de la prevención.

- **Posibilidad de reforzar la integración intersectorial**

Existe un margen significativo para avanzar hacia una coordinación más sólida entre sanidad, educación, servicios sociales, juventud, deporte y cultura, favoreciendo un enfoque integral de los determinantes comunitarios de la salud. La existencia de espacios intersectoriales en algunos municipios ofrece una base sobre la que escalar modelos de trabajo compartido.

- **Incorporación sistemática de la perspectiva de género y la diversidad**

El contexto actual permite diseñar proyectos comunitarios más inclusivos y representativos, atendiendo de manera específica a mujeres, jóvenes, personas mayores, población migrante y colectivos en situación de vulnerabilidad, contribuyendo a reducir desigualdades y mejorar la equidad de las acciones preventivas.

- **Impulso de la innovación social y metodológica**

El crecimiento de iniciativas basadas en aprendizaje-servicio, mediación comunitaria, participación juvenil, prevención ambiental y dinamización de espacios públicos ofrece oportunidades para revitalizar los entornos locales,

reconstruir tejido social y hacer más atractiva y eficaz la prevención comunitaria.

- **Reconocimiento creciente del ámbito comunitario como espacio clave de detección temprana**

La elevada detección de comportamientos de riesgo en el entorno comunitario refuerza la oportunidad de fortalecer respuestas preventivas tempranas, mejorar los circuitos de derivación y articular mejor la conexión entre comunidad y recursos asistenciales.

- **Oportunidad de consolidar sistemas comunes de registro y evaluación comunitaria**

La actual variabilidad en indicadores y evaluación abre una oportunidad estratégica para desarrollar un sistema común de seguimiento y evaluación del impacto comunitario, que permita comparar cobertura, alcance, continuidad y resultados, fortaleciendo la toma de decisiones basada en evidencia a escala local, insular y autonómica.

DAFO – Área 9.3. Ámbito Comunitario

DEBILIDADES (Factores internos negativos)	AMENAZAS (Factores externos negativos)
• Desigual desarrollo territorial de los programas comunitarios, con brechas entre islas, municipios y barrios. • Falta de continuidad y sostenibilidad de las intervenciones por dependencia de financiación temporal. • Coordinación interinstitucional insuficientemente estructurada y dependiente de iniciativas locales. • Baja participación ciudadana sostenida y debilitamiento del tejido comunitario. • Escasa visibilidad y difusión de los programas comunitarios existentes. • Incorporación limitada de adicciones emergentes y riesgos digitales en los proyectos. • Déficit de protocolos claros de detección, orientación y derivación comunitaria. • Escasa evaluación sistemática del impacto comunitario y ausencia de indicadores comunes. • Alta dependencia del tercer sector y del voluntariado sin recursos estables. • Insuficiencia de materiales y formación homogénea para agentes comunitarios.	• Persistencia de desigualdades socioeconómicas y territoriales que aumentan la vulnerabilidad comunitaria. • Fragmentación institucional entre niveles de gobierno que debilita la coherencia de las intervenciones. • Inestabilidad política y financiera que amenaza la continuidad de proyectos. • Fatiga participativa y desmotivación ciudadana ante la falta de resultados visibles. • Normalización social del consumo de alcohol, tabaco y cannabis en el entorno comunitario. • Expansión acelerada de adicciones comportamentales y digitales. • Escasez y rotación de personal técnico comunitario especializado, especialmente en zonas rurales. • Brecha digital y tecnológica en comunidades vulnerables. • Debilitamiento del sentido de pertenencia y de los espacios de socialización saludable. • Dificultad para demostrar impacto y justificar la inversión pública en prevención comunitaria.
FORTALEZAS (Factores internos positivos)	OPORTUNIDADES (Factores externos positivos)
• Reconocimiento institucional del ámbito comunitario como eje estratégico de la prevención. • Experiencia acumulada en proyectos comunitarios de salud y adicciones. • Existencia de redes sociales, vecinales, juveniles, culturales y deportivas activas. • Capacidad de proximidad y adaptación al contexto local.	• Nuevo ciclo estratégico con el V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030). • Acceso a fondos europeos y nacionales para salud pública, inclusión social y desarrollo comunitario. • Mayor sensibilización social en cohesión social y salud comunitaria. • Uso de herramientas digitales y plataformas comunitarias para ampliar alcance y participación. • Fortalecimiento del papel del tercer sector y del

• Implicación relevante del tercer sector y entidades sociales especializadas. • Potencial de trabajo en red a través de mesas comunitarias y espacios intersectoriales. • Mayor sensibilización social sobre salud mental y bienestar comunitario tras la pandemia. • Incorporación progresiva de la perspectiva de género y atención a colectivos vulnerables. • Buena acogida social de las iniciativas comunitarias cuando se activan. • Consenso institucional y social sobre el valor del ámbito comunitario en la prevención integral.	tejido asociativo local. • Oportunidad de reforzar la integración intersectorial (sanidad, educación, servicios sociales, juventud, cultura, deporte). • Desarrollo de proyectos comunitarios con enfoque de género y diversidad. • Innovación social y metodológica (aprendizaje-servicio, mediación comunitaria, participación juvenil). • Reconocimiento del ámbito comunitario como espacio clave de detección temprana. • Posibilidad de implantar sistemas comunes de registro y evaluación del impacto comunitario.
--	---

Conclusiones del DAFO – Área 9.3. Ámbito Comunitario

El análisis DAFO confirma un amplio consenso institucional y social sobre la importancia del ámbito comunitario en la prevención de adicciones y la promoción de la salud. Sin embargo, este reconocimiento no se traduce de manera homogénea en programas estables y equitativos en todo el territorio, persistiendo desigualdades entre islas, municipios y barrios.

Canarias dispone de una trayectoria relevante en iniciativas comunitarias, apoyadas en redes vecinales y en el tercer sector. No obstante, la dependencia de financiación temporal y la ausencia de estructuras estables dificultan la consolidación de procesos comunitarios con impacto a medio y largo plazo.

Aunque existen experiencias de coordinación entre administraciones y agentes comunitarios, esta se caracteriza por su irregularidad y dependencia de iniciativas locales. La fragmentación institucional limita la coherencia de las intervenciones y reduce la eficacia de la acción comunitaria integral.

La baja participación vecinal sostenida, junto con la pérdida de espacios de socialización y el debilitamiento del sentido de pertenencia, constituye una debilidad estructural que afecta al alcance y sostenibilidad de la prevención comunitaria.

El análisis DAFO evidencia que los programas comunitarios aún no han incorporado de forma sistemática el abordaje de adicciones comportamentales, riesgos digitales y nuevos patrones de consumo, lo que reduce su capacidad de respuesta ante realidades emergentes.

La escasa evaluación sistemática del impacto comunitario y la ausencia de indicadores comunes dificultan visibilizar resultados, justificar la inversión pública y orientar la mejora continua de las intervenciones.

Las desigualdades socioeconómicas, la inestabilidad política y financiera, la normalización social del consumo y la escasez de personal técnico especializado constituyen amenazas relevantes que, de no abordarse, pueden debilitar la capacidad preventiva del ámbito comunitario.

El futuro V Plan Canario sobre Adicciones, junto con la disponibilidad de financiación externa, la mayor sensibilización social tras la pandemia y el potencial de innovación social y digital, ofrece una ventana de oportunidad estratégica para fortalecer el ámbito comunitario y superar las debilidades identificadas.

El DAFO del ámbito comunitario muestra que existen fortalezas y oportunidades suficientes para consolidar la prevención comunitaria como eje central del modelo canario, siempre que el V Plan aborde de forma decidida la estabilidad de

recursos, la coordinación interinstitucional, la participación ciudadana y la evaluación del impacto. Avanzar hacia un modelo comunitario más estructurado, participativo y basado en evidencia será clave para mejorar la cohesión social y la calidad de vida de la población.

Matriz CAME – Área 9.3. Ámbito Comunitario

CORREGIR (Debilidades)	AFRONTAR (Amenazas)
• Reducir las desigualdades territoriales mediante criterios comunes de planificación y una cobertura mínima garantizada de programas comunitarios. • Asegurar la continuidad y sostenibilidad de las intervenciones comunitarias mediante financiación estable y plurianual. • Fortalecer la coordinación interinstitucional creando estructuras comunitarias estables de trabajo en red. • Impulsar la participación ciudadana sostenida a través de metodologías comunitarias activas y procesos participativos reales. • Mejorar la visibilidad y difusión de los programas comunitarios mediante estrategias de comunicación coordinadas. • Incorporar de forma sistemática el abordaje de adicciones comportamentales y riesgos digitales. • Desarrollar y difundir protocolos claros de detección, orientación y derivación comunitaria. • Implantar sistemas comunes de registro, seguimiento y evaluación del impacto comunitario. • Reforzar la formación y dotación de recursos para agentes comunitarios. • Disminuir la dependencia exclusiva del voluntariado reforzando estructuras técnicas locales.	• Priorizar la intervención comunitaria en contextos de mayor vulnerabilidad socioeconómica y territorial. • Reforzar la coherencia institucional frente a la fragmentación entre niveles de gobierno. • Blindar la continuidad de los programas frente a cambios políticos o presupuestarios. • Combatir la fatiga participativa mostrando resultados visibles y reconociendo la implicación ciudadana. • Contrarrestar la normalización social del consumo mediante campañas comunitarias sostenidas. • Adaptar los programas al rápido crecimiento de adicciones emergentes. • Diseñar estrategias específicas para atraer y mantener personal técnico comunitario cualificado. • Reducir la brecha digital facilitando recursos tecnológicos y competencias digitales en comunidades vulnerables.
MANTENER (Fortalezas)	EXPLOTAR (Oportunidades)
• Consolidar el reconocimiento institucional del ámbito comunitario como eje estratégico de la prevención. • Mantener y reforzar la experiencia acumulada en proyectos comunitarios. • Preservar la proximidad territorial y la adaptación al contexto local. • Sustener la implicación del tercer sector y del tejido asociativo. • Fortalecer las redes sociales y comunitarias existentes. • Continuar desarrollando el trabajo en red a través de mesas y comisiones comunitarias. • Mantener la incorporación progresiva de la perspectiva de género y atención a colectivos vulnerables. • Aprovechar la buena acogida social de las iniciativas comunitarias.	• Utilizar el V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030) para institucionalizar un modelo comunitario estable y evaluable. • Captar fondos europeos y nacionales para consolidar proyectos comunitarios. • Aprovechar la mayor sensibilización social post-pandemia para aumentar la participación comunitaria. • Impulsar el uso de herramientas digitales y plataformas comunitarias para ampliar alcance. • Reforzar la integración intersectorial entre sanidad, educación, servicios sociales, juventud, cultura y deporte. • Diseñar proyectos comunitarios con enfoque de género, diversidad e inclusión social. • Fomentar la innovación social y metodológica (aprendizaje-servicio, mediación comunitaria, participación juvenil). • Desarrollar sistemas comunes de

	evaluación que demuestren impacto y mejoren la toma de decisiones.
--	--

Tabla DAFO–CAME

Área 9.3. Ámbito Comunitario**

DAFO (Diagnóstico)	CAME (Estrategia derivada)
DEBILIDADES • Desigual desarrollo territorial de programas comunitarios. • Falta de continuidad y sostenibilidad por dependencia de financiación temporal. • Coordinación interinstitucional irregular y poco estructurada. • Baja participación ciudadana sostenida y debilitamiento del tejido comunitario. • Escasa visibilidad y comunicación de los programas. • Insuficiente incorporación de adicciones emergentes y riesgos digitales. • Déficit de protocolos de detección, orientación y derivación. • Escasa evaluación del impacto comunitario. • Alta dependencia del tercer sector y voluntariado.	CORREGIR • Establecer criterios comunes de planificación y cobertura territorial mínima. • Garantizar financiación estable y plurianual para programas comunitarios. • Crear y reforzar estructuras estables de coordinación intersectorial local. • Impulsar procesos participativos reales y sostenidos en la comunidad. • Mejorar estrategias de comunicación y difusión comunitaria. • Integrar de forma sistemática las adicciones comportamentales y digitales. • Unificar protocolos y circuitos comunitarios de actuación. • Implantar sistemas comunes de registro y evaluación de resultados. • Reforzar la estructura técnica local más allá del voluntariado.
AMENAZAS • Desigualdades socioeconómicas y territoriales persistentes. • Fragmentación institucional entre niveles de gobierno. • Inestabilidad política y presupuestaria. • Fatiga participativa y desafección ciudadana. • Normalización social del consumo en el entorno comunitario. • Expansión rápida de adicciones digitales y al juego online. • Escasez y rotación de personal técnico comunitario. • Brecha digital en comunidades vulnerables.	AFRONTAR • Priorizar la intervención comunitaria en territorios de mayor vulnerabilidad. • Reforzar la coherencia institucional y el liderazgo compartido. • Blindar la continuidad de los programas frente a cambios coyunturales. • Mostrar resultados visibles y reconocer la participación ciudadana. • Desarrollar campañas comunitarias sostenidas frente a la normalización del consumo. • Actualizar contenidos y metodologías ante adicciones emergentes. • Implementar estrategias de atracción y estabilidad de personal técnico. • Reducir la brecha digital mediante recursos y formación comunitaria.
FORTALEZAS • Reconocimiento institucional del ámbito comunitario como eje preventivo. • Experiencia acumulada en proyectos comunitarios. • Existencia de redes vecinales, juveniles, culturales y deportivas. • Proximidad y adaptación al contexto local. • Implicación del tercer sector y entidades sociales. • Potencial de trabajo en red a nivel local. • Mayor sensibilización social tras la pandemia.	MANTENER • Consolidar el papel estratégico del ámbito comunitario en la prevención. • Mantener y reforzar la experiencia y buenas prácticas existentes. • Preservar la intervención de proximidad y adaptación local. • Sostener la colaboración con el tercer sector y el tejido asociativo. • Fortalecer las redes comunitarias ya existentes. • Continuar desarrollando espacios de coordinación local. • Aprovechar la sensibilización social en salud comunitaria.

OPORTUNIDADES

- V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030).
- Fondos europeos y nacionales para salud e inclusión social.
- Mayor interés social por la cohesión y el bienestar comunitario.
- Uso de herramientas digitales y plataformas comunitarias.
- Innovación social y metodológica.
- Integración intersectorial (salud, educación, servicios sociales, cultura, deporte).
- Enfoque de género y diversidad.

EXPLOTAR

- Institucionalizar un modelo comunitario estable, homogéneo y evaluable.
- Captar financiación para consolidar proyectos locales de prevención.
- Incrementar la participación comunitaria aprovechando la sensibilidad social actual.
- Ampliar el alcance territorial mediante herramientas digitales.
- Incorporar metodologías innovadoras de dinamización comunitaria.
- Reforzar la coordinación intersectorial como eje de la intervención.
- Diseñar proyectos comunitarios inclusivos y con enfoque de género.

8.3.4 Área 9.4. Ámbito de Ocio y Tiempo Libre

Debilidades – 9.4. Ámbito de Ocio y Tiempo Libre

- **Persistencia de un modelo de ocio juvenil asociado al consumo.**
Gran parte de la oferta de ocio juvenil, especialmente en contextos festivos y nocturnos, continúa vinculada al consumo de alcohol y otras sustancias, lo que dificulta la interiorización de modelos alternativos y saludables, incluso cuando se desarrollan acciones preventivas puntuales.
- **Oferta limitada y poco diversificada de ocio saludable estructurado.**
Aunque existen actividades deportivas, culturales y de promoción del ocio saludable, estas no siempre constituyen una oferta continuada, atractiva y adaptada a la diversidad de intereses juveniles, quedando en muchos casos concentradas en acciones informativas o eventos aislados.
- **Desigualdad territorial en el acceso a alternativas de ocio.**
La disponibilidad de recursos culturales, deportivos y recreativos presenta una clara concentración en zonas urbanas y capitalinas, generando brechas de acceso en islas no capitalinas, áreas rurales o comarcales, donde las opciones de ocio alternativo son más limitadas.
- **Falta de continuidad y sostenibilidad de los programas de ocio alternativo.**
Muchos proyectos dependen de subvenciones puntuales o de campañas vinculadas a eventos concretos, lo que impide consolidar una programación estable a lo largo del año y reduce su impacto preventivo a medio y largo plazo.
- **Insuficiente protagonismo juvenil en el diseño y evaluación de las actividades.**
La participación de jóvenes como agentes activos en la planificación, gestión y evaluación de los programas de ocio sigue siendo limitada, lo que dificulta la adecuación de las propuestas a sus intereses reales y reduce la apropiación de las iniciativas.
- **Coordinación intersectorial aún poco sistematizada.**
Aunque se identifican experiencias positivas de colaboración, la conexión entre juventud, cultura, deporte, educación, sanidad y prevención de adicciones no siempre responde a una estrategia común y estable, dependiendo en gran medida de iniciativas locales o personales.
- **Débil incorporación de nuevas tendencias y lenguajes juveniles.**
La programación de ocio no siempre integra de forma suficiente intereses emergentes como la cultura digital, la música urbana, los deportes alternativos, la creación audiovisual o las nuevas formas de socialización juvenil, lo que limita su atractivo preventivo.
- **Insuficiente desarrollo de la reducción de riesgos y daños en ocio nocturno.**
Las intervenciones de reducción de riesgos en fiestas, eventos multitudinarios y ocio nocturno se desarrollan de forma desigual y poco sistemática, con demanda explícita de protocolos claros, mayor presencia preventiva y formación específica para personal implicado.
- **Carencias en formación especializada del personal de ocio y tiempo libre.**
Aunque existe formación en prevención, esta no es universal ni homogénea entre monitores, técnicos y personal vinculado al ocio juvenil, y la estrategia de educación entre iguales aparece como incipiente y poco sistematizada.
- **Déficit de evaluación del impacto preventivo del ocio saludable.**

No se dispone de indicadores homogéneos ni de sistemas de evaluación compartidos que permitan medir de forma clara la contribución de los programas de ocio y tiempo libre a la prevención de adicciones, especialmente en términos de reducción de riesgos y cambio de normas sociales.

Amenazas – 9.4. Ámbito de Ocio y Tiempo Libre

- **Fuerte normalización social del consumo en contextos de ocio.**
La asociación cultural entre ocio nocturno, celebración y consumo de alcohol y otras sustancias continúa profundamente arraigada, especialmente en entornos festivos y juveniles, lo que limita la eficacia de las alternativas de ocio saludable y reduce el impacto de las intervenciones preventivas puntuales.
- **Influencia creciente de la industria del alcohol, el juego y el entretenimiento digital.**
La publicidad intensiva y el marketing de bebidas alcohólicas, apuestas deportivas, juego online y videojuegos, con mensajes dirigidos de forma directa o indirecta a jóvenes, compiten de manera desigual con los mensajes de salud pública y prevención.
- **Contexto socioeconómico adverso para la juventud.**
La precariedad laboral, el desempleo juvenil y la incertidumbre vital reducen la capacidad de acceso a actividades de ocio estructurado y favorecen la búsqueda de alternativas de bajo coste asociadas al consumo o al ocio digital intensivo.
- **Persistencia de desigualdades territoriales en la oferta de ocio.** En islas no capitalinas, zonas rurales o comarcales, la limitada disponibilidad de opciones de ocio diversificado refuerza la concentración de prácticas recreativas vinculadas al consumo, aumentando la vulnerabilidad de la población joven en estos territorios.
- **Rápida expansión de las adicciones comportamentales y digitales.** (TRICO Tecnologías de las relaciones, la información la comunicación y el ocio)
El aumento del tiempo libre en entornos digitales, junto con la facilidad de acceso a apuestas online, videojuegos y redes sociales, genera nuevas formas de ocio de riesgo que evolucionan más rápido que la capacidad de adaptación de los programas preventivos tradicionales.
- **Insuficiente regulación y control en determinados espacios de ocio.**
La debilidad en la aplicación de normativas en locales de ocio nocturno, botellones y eventos juveniles dificulta la reducción de prácticas de riesgo y refuerza la percepción de permisividad frente al consumo.
- **Competencia desigual con opciones de ocio de alto impacto inmediato.**
Las actividades de ocio saludable pueden ser percibidas como menos atractivas frente a opciones de consumo, ocio digital intensivo o entretenimiento inmediato, especialmente cuando no incorporan lenguajes, formatos y dinámicas cercanas a los intereses juveniles actuales.
- **Inestabilidad política y financiera de las políticas de ocio alternativo.**
La dependencia de subvenciones anuales, junto con posibles cambios en prioridades políticas o recortes presupuestarios, amenaza la continuidad de los programas de ocio saludable y dificulta su consolidación como estrategia preventiva estable.

- **Limitaciones en la reducción de riesgos y daños en el ocio nocturno.**

La implementación desigual y poco sistemática de estrategias de reducción de riesgos en fiestas y eventos multitudinarios, unida a la falta de protocolos claros y homogéneos, limita la capacidad de respuesta preventiva ante situaciones de consumo y policonsumo.

Fortalezas – 9.4. Ámbito de Ocio y Tiempo Libre

- **Reconocimiento institucional del ocio como eje preventivo.**

El IV Plan Canario sobre Adicciones identifica el ocio saludable y responsable como un ámbito estratégico para la prevención, dotándolo de legitimidad institucional y alineándolo con los enfoques de promoción de la salud y reducción de riesgos.

- **Existencia de experiencias previas de ocio alternativo y preventivo.**

En Canarias se han desarrollado diversas iniciativas de ocio nocturno saludable, actividades deportivas, culturales y recreativas con enfoque preventivo, tanto de forma regular como vinculadas a eventos comunitarios, lo que constituye una base sólida sobre la que seguir construyendo.

- **Red de infraestructuras públicas y comunitarias disponibles.**

La disponibilidad de centros juveniles, polideportivos, casas de la juventud, espacios culturales municipales y asociaciones vecinales facilita la implementación de actividades de ocio saludable en distintos contextos y territorios.

- **Capacidad operativa y coordinación institucional positiva.**

Los resultados del análisis muestran una coordinación mayoritariamente regular y bien valorada entre ayuntamientos, cabildos, servicios sociales, salud y otros agentes, especialmente cuando existe una estructura institucional estable y programación continuada.

- **Implicación del tercer sector y de asociaciones juveniles.**

ONG, fundaciones y colectivos juveniles aportan experiencia, cercanía y capacidad de innovación en la organización de actividades recreativas, comunitarias y preventivas, reforzando el alcance de las acciones públicas.

- **Potencial de atracción y participación juvenil.**

Las actividades deportivas, artísticas, culturales y de ocio saludable presentan una buena acogida entre adolescentes y jóvenes cuando se diseñan de forma atractiva, participativa y adaptada a sus intereses, lo que refuerza su valor preventivo.

- **Posibilidad de intervenir en momentos y espacios de mayor riesgo.**

La existencia de programas y acciones en ocio nocturno, eventos festivos y actividades de alta afluencia permite intervenir en franjas horarias y contextos especialmente vinculados al consumo, incorporando mensajes preventivos y, en algunos casos, estrategias de reducción de riesgos.

- **Incorporación progresiva de la prevención de adicciones comportamentales.**

Una parte significativa de las entidades incluye ya contenidos relacionados con TIC, juego online, apuestas y otros riesgos digitales en sus programas de ocio, lo que evidencia capacidad de adaptación a nuevas realidades.

- **Sensibilización creciente de la comunidad educativa y familiar.**

Se observa un mayor reconocimiento social del papel del ocio saludable en la prevención de adicciones y en la promoción del bienestar juvenil, lo que favorece la aceptación de las intervenciones y la colaboración con familias y centros educativos.

- **Primeros avances en enfoque de género y diversidad.**

Existen experiencias que incorporan la participación de mujeres, jóvenes migrantes y otros colectivos en situación de vulnerabilidad, contribuyendo a una oferta de ocio más inclusiva y equitativa.

Oportunidades – 9.4. Ámbito de Ocio y Tiempo Libre (

- **Nuevo ciclo de planificación estratégica (V Plan Canario sobre Adicciones 2026–2030).**

El diseño del V Plan constituye una oportunidad clave para consolidar una estrategia autonómica de ocio saludable, estructurada, evaluable y sostenible, superando la fragmentación actual y garantizando criterios homogéneos en todo el archipiélago.

- **Disponibilidad de fondos europeos y nacionales vinculados a juventud y bienestar.**

Los programas de financiación en ámbitos como juventud, deporte, cultura, salud mental, inclusión social y digitalización ofrecen una ventana de oportunidad para impulsar alternativas de ocio saludable estables, innovadoras y con mayor alcance territorial.

- **Mayor sensibilización social tras la pandemia.**

El aumento del interés de familias, instituciones y jóvenes por el bienestar emocional, la salud mental y el ocio seguro genera un contexto favorable para reforzar y legitimar las políticas de ocio saludable como estrategia preventiva.

- **Potencial de las TIC, la innovación digital y la gamificación.**

El uso de plataformas digitales, redes sociales, herramientas de gamificación y formatos híbridos (presencial–online) permite diseñar propuestas de ocio más atractivas, accesibles y adaptadas a los lenguajes juveniles actuales.

- **Participación activa del tercer sector y asociaciones juveniles.**

ONG, fundaciones y colectivos juveniles cuentan con capacidad de innovación, proximidad y legitimidad social para desarrollar proyectos de ocio alternativo alineados con los intereses reales de la juventud y con enfoque preventivo.

- **Oportunidad de integración intersectorial.**

Existe un alto potencial para articular estrategias conjuntas entre juventud, educación, deporte, cultura, empleo, servicios sociales y salud pública, generando sinergias que amplifiquen el impacto del ocio saludable sobre la prevención de adicciones.

- **Crecimiento del turismo cultural, deportivo y de eventos.**

El desarrollo de actividades culturales, deportivas y festivas puede vincularse a la promoción de entornos de ocio más seguros y responsables, incorporando criterios preventivos y de reducción de riesgos en eventos de alta afluencia.

- **Avances en enfoque de género, diversidad e inclusión social.**

El contexto actual facilita el diseño de actividades de ocio más inclusivas, que tengan en cuenta la diversidad de realidades juveniles (mujeres jóvenes,

población migrante, colectivos LGTBIQ+, jóvenes en situación de vulnerabilidad), reforzando la equidad de las intervenciones.

- **Impulso a la participación juvenil en el diseño y gestión de programas.**

La implicación directa de jóvenes como protagonistas en la creación, gestión y evaluación de las actividades de ocio aumenta la legitimidad, el atractivo y la eficacia preventiva de las iniciativas, favoreciendo modelos de educación entre iguales.

- **Desarrollo de modelos preventivos más consistentes y continuos.**

La experiencia acumulada en acciones puntuales y eventos ofrece la oportunidad de evolucionar hacia programas de ocio saludable con mayor continuidad anual, enfoque basado en evidencia y capacidad real de modificar normas sociales asociadas al consumo.

Tabla DAFO – Área 9.4. Ocio y Tiempo Libre

DEBILIDADES	AMENAZAS
• Persistencia de un modelo de ocio juvenil asociado al consumo de alcohol y otras sustancias, especialmente en ocio nocturno y contextos festivos. • Oferta limitada y poco diversificada de ocio saludable estructurado, con predominio de acciones puntuales. • Desigualdad territorial en el acceso a alternativas de ocio, en detrimento de islas no capitalinas y zonas rurales. • Falta de continuidad y sostenibilidad de los programas de ocio alternativo por dependencia de financiación puntual. • Insuficiente protagonismo juvenil en el diseño, gestión y evaluación de las actividades. • Coordinación intersectorial poco sistematizada entre juventud, cultura, deporte, educación y sanidad. • Débil incorporación de nuevas tendencias y lenguajes juveniles. • Desarrollo desigual de estrategias de reducción de riesgos y daños en ocio nocturno y eventos. • Carencias en la formación especializada del personal de ocio y tiempo libre. • Déficit de indicadores homogéneos para evaluar el impacto preventivo del ocio saludable.	• Normalización social del consumo en entornos recreativos juveniles. • Influencia de la industria del alcohol, el juego y el entretenimiento digital sobre la población joven. • Precariedad laboral y socioeconómica juvenil que limita el acceso a ocio estructurado. • Persistencia de desigualdades territoriales que refuerzan opciones de ocio vinculadas al consumo. • Rápida expansión de adicciones comportamentales y digitales (juego online, apuestas, redes sociales). • Insuficiente regulación y control en determinados espacios de ocio (botellones, locales, eventos). • Competencia con opciones de ocio de alto impacto inmediato y bajo coste. • Inestabilidad política y financiera que amenaza la continuidad de los programas de ocio alternativo.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
• Reconocimiento institucional del ocio saludable como eje preventivo en el IV Plan Canario sobre Adicciones. • Existencia de experiencias previas de ocio alternativo, deportivo y cultural con enfoque preventivo. • Red de infraestructuras públicas y comunitarias (centros juveniles, polideportivos, espacios culturales). • Coordinación institucional mayoritariamente regular y bien valorada cuando existe estructura estable. • Implicación del tercer sector y asociaciones	• V Plan Canario sobre Adicciones (2026–20230) como marco para consolidar una estrategia estable de ocio saludable. • Disponibilidad de fondos europeos y nacionales en juventud, cultura, deporte y salud mental. • Mayor sensibilización social tras la pandemia hacia el ocio seguro y bienestar emocional. • Potencial de las TIC, la innovación digital y la gamificación para diseñar ocio atractivo. • Capacidad de innovación y proximidad del tercer sector y colectivos juveniles.

juveniles con experiencia y cercanía. • Alto potencial de atracción y participación juvenil en actividades bien diseñadas. • Posibilidad de intervención en horarios y espacios de mayor riesgo (ocio nocturno, eventos). • Incorporación progresiva de la prevención de adicciones comportamentales y digitales. • Mayor sensibilización social sobre la importancia del ocio saludable. • Primeros avances en enfoque de género, diversidad e inclusión social.	• Oportunidad de integración intersectorial (educación, empleo, cultura, deporte, servicios sociales). • Crecimiento del turismo cultural y deportivo como espacio para promover entornos de ocio responsables. • Impulso de la participación juvenil como agentes activos en el diseño y gestión de programas. • Avances en perspectiva de género y diversidad aplicables al ocio juvenil.
---	--

Conclusiones del DAFO – Área 9.4. Ocio y Tiempo Libre

El análisis DAFO confirma el reconocimiento institucional del ocio saludable como un eje clave de prevención de adicciones. Sin embargo, este reconocimiento no se traduce de forma homogénea en un modelo estable y estructurado, predominando aún acciones puntuales frente a programas continuados.

La fuerte asociación entre ocio juvenil, celebración y consumo de alcohol y otras sustancias constituye una debilidad estructural y una amenaza constante que limita el impacto de las alternativas saludables, especialmente en ocio nocturno y eventos festivos.

Existen diferencias significativas entre zonas urbanas y territorios no capitalinos o rurales en cuanto a disponibilidad y diversidad de oferta de ocio, lo que incrementa la vulnerabilidad de jóvenes en contextos con menor acceso a alternativas preventivas.

Las fortalezas identificadas como infraestructuras públicas, implicación del tercer sector y coordinación institucional positiva, demuestran que, cuando existe estructura y continuidad, el ocio saludable logró buena aceptación y capacidad de atracción juvenil.

El DAFO evidencia que la falta de protagonismo juvenil y la escasa incorporación de nuevas tendencias, lenguajes y formatos limitan la eficacia de los programas. La participación activa de jóvenes aparece como un factor clave para aumentar impacto y legitimidad.

Aunque se han realizado experiencias relevantes, la reducción de riesgos en contextos de alta afluencia y ocio nocturno sigue siendo desigual y poco sistemática, con demanda explícita de protocolos claros, formación específica y mayor presencia preventiva.

Factores como la precariedad juvenil, la influencia de la industria del entretenimiento y la expansión de adicciones digitales suponen amenazas relevantes. No obstante, el contexto actual ofrece oportunidades estratégicas, especialmente a través del V Plan, la financiación externa, la innovación digital y la creciente sensibilización social.

El análisis DAFO muestra que el ámbito de ocio y tiempo libre dispone de bases suficientes para avanzar hacia un modelo más sólido, siempre que se apueste por la estabilidad, la evaluación del impacto, la integración intersectorial y el enfoque preventivo basado en evidencia.

El ámbito de ocio y tiempo libre presenta un alto potencial preventivo aún infrautilizado. El V Plan Canario sobre Adicciones debe aprovechar las fortalezas existentes y las oportunidades del contexto para superar la fragmentación, contrarrestar la normalización del consumo y consolidar una oferta de ocio saludable,

atractiva y sostenible, con especial protagonismo juvenil y enfoque territorial equilibrado.

Matriz CAME – Área 9.4. Ocio y Tiempo Libre

CORREGIR (Debilidades)	AFRONTAR (Amenazas)
• Reducir la vinculación del ocio juvenil al consumo mediante el impulso de alternativas saludables, atractivas y continuadas. • Ampliar y diversificar la oferta de ocio saludable, adaptándola a distintos perfiles juveniles y contextos sociales. • Corregir las desigualdades territoriales garantizando una oferta mínima de ocio saludable en islas no capitalinas y zonas rurales. • Asegurar la continuidad y sostenibilidad de los programas mediante financiación estable y planificación plurianual. • Incrementar el protagonismo juvenil en el diseño, gestión y evaluación de las actividades de ocio. • Sistematizar la coordinación intersectorial entre juventud, cultura, deporte, educación, sanidad y prevención de adicciones. • Incorporar de forma estructurada nuevas tendencias, lenguajes y formatos juveniles. • Reforzar la reducción de riesgos y daños en ocio nocturno y eventos festivos mediante protocolos claros y formación específica. • Mejorar la formación especializada del personal de ocio y tiempo libre. • Implantar indicadores homogéneos para evaluar el impacto preventivo del ocio saludable.	• Contrarrestar la normalización social del consumo con campañas sostenidas y coherentes en espacios de ocio. • Limitar la influencia de la industria del alcohol y el juego mediante regulación, sensibilización y alianzas institucionales. • Adaptar las propuestas de ocio a contextos de precariedad juvenil, garantizando accesibilidad económica. • Diseñar estrategias específicas para territorios con menor oferta de ocio diversificado. • Responder de forma ágil a la expansión de adicciones comportamentales y digitales. • Reforzar el control y la regulación en espacios de ocio nocturno y eventos juveniles. • Aumentar el atractivo del ocio saludable frente a opciones de alto impacto inmediato. • Blindar los programas frente a la inestabilidad política y presupuestaria.
MANTENER (Fortalezas)	EXPLOTAR (Oportunidades)
• Consolidar el reconocimiento institucional del ocio saludable como eje preventivo. • Mantener y reforzar las experiencias previas de ocio alternativo con enfoque preventivo. • Preservar y optimizar el uso de infraestructuras culturales, deportivas y juveniles existentes. • Sostener la coordinación institucional que ya funciona en contextos con estructura estable. • Mantener la implicación del tercer sector y de asociaciones juveniles. • Aprovechar el alto potencial de participación juvenil en actividades bien diseñadas. • Continuar interviniendo en horarios y espacios de mayor riesgo. • Reforzar la sensibilización social sobre la importancia del ocio saludable. • Consolidar los avances en enfoque de género, diversidad e inclusión social.	• Utilizar el V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030) para institucionalizar una estrategia autonómica de ocio saludable. • Captar fondos europeos y nacionales para consolidar programas estables e innovadores. • Aprovechar la mayor sensibilización social tras la pandemia para aumentar la participación. • Incorporar TIC, innovación digital y gamificación en las propuestas de ocio saludable. • Potenciar la creatividad y cercanía del tercer sector y colectivos juveniles. • Desarrollar modelos de intervención intersectorial con mayor impacto preventivo. • Vincular el turismo cultural y deportivo a entornos de ocio responsables. • Impulsar la participación juvenil como agentes activos y referentes preventivos. • Convertir experiencias puntuales en programas continuados basados en evidencia.

Tabla DAFO–CAME

Área 9.4. Ocio y Tiempo Libre**

DAFO (Diagnóstico)	CAME (Estrategia derivada)
DEBILIDADES • Modelo de ocio juvenil fuertemente asociado al consumo. • Oferta limitada y poco diversificada de ocio saludable estructurado. • Desigualdad territorial en el acceso a alternativas de ocio. • Falta de continuidad y sostenibilidad de los programas. • Escaso protagonismo juvenil en diseño y evaluación. • Coordinación intersectorial poco sistematizada. • Débil incorporación de nuevas tendencias juveniles. • Desarrollo desigual de la reducción de riesgos en ocio nocturno. • Formación no homogénea del personal de ocio. • Déficit de evaluación del impacto preventivo.	CORREGIR • Desvincular progresivamente el ocio juvenil del consumo mediante alternativas saludables continuadas. • Ampliar y diversificar la oferta de ocio atractivo e inclusivo. • Garantizar una cobertura mínima de ocio saludable en todos los territorios. • Asegurar financiación estable y planificación plurianual. • Impulsar la participación juvenil como eje del diseño y gestión. • Estructurar la coordinación entre juventud, cultura, deporte, educación y sanidad. • Incorporar lenguajes, formatos y tendencias juveniles actuales. • Implantar protocolos claros de reducción de riesgos en eventos y ocio nocturno. • Reforzar la formación especializada del personal técnico. • Desarrollar indicadores comunes de evaluación.
AMENAZAS • Normalización social del consumo en el ocio juvenil. • Influencia de la industria del alcohol y del juego online. • Precariedad socioeconómica juvenil. • Desigualdades territoriales persistentes. • Expansión de adicciones comportamentales y digitales. • Insuficiente regulación de algunos espacios de ocio. • Competencia con ocio de alto impacto inmediato. • Inestabilidad política y financiera.	AFRONTAR • Desarrollar campañas sostenidas que contrarresten la normalización del consumo. • Reforzar la regulación y la sensibilización frente a la presión comercial. • Garantizar accesibilidad económica a las actividades de ocio saludable. • Priorizar territorios con menor oferta y mayor vulnerabilidad. • Adaptar los programas a riesgos digitales y nuevas adicciones. • Mejorar el control preventivo en espacios y eventos de ocio. • Aumentar el atractivo del ocio saludable mediante la innovación. • Blindar los programas frente a cambios coyunturales.
FORTALEZAS • Reconocimiento institucional del ocio como factor preventivo. • Experiencias previas de ocio alternativo con enfoque preventivo. • Red de infraestructuras juveniles, culturales y deportivas. • Coordinación institucional positiva en contextos estructurados. • Implicación del tercer sector y asociaciones juveniles. • Alto potencial de participación juvenil. • Intervención posible en horarios y espacios de riesgo.	MANTENER • Consolidar el ocio saludable como eje estratégico de prevención. • Reforzar y dar continuidad a las experiencias exitosas. • Optimizar el uso de infraestructuras existentes. • Mantener la coordinación institucional eficaz. • Sostener la colaboración con el tercer sector. • Aprovechar la capacidad de atracción juvenil. • Continuar con intervenciones en ocio nocturno y eventos. • Profundizar en la sensibilización social. • Afianzar el enfoque de género e inclusión.

• Sensibilización social creciente. • Avances en género y diversidad.	
OPORTUNIDADES • V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030). • Fondos europeos y nacionales para juventud, cultura y salud. • Mayor sensibilización social tras la pandemia. • TIC, innovación digital y gamificación. • Capacidad innovadora del tercer sector. • Integración intersectorial. • Turismo cultural y deportivo. • Participación juvenil activa. • Enfoque de género y diversidad.	EXPLOTAR • Institucionalizar una estrategia autonómica de ocio saludable estable. • Captar financiación para consolidar programas continuados. • Incrementar la participación juvenil aprovechando la sensibilidad social. • Usar herramientas digitales para ampliar alcance y atractivo. • Potenciar proyectos innovadores del tercer sector. • Desarrollar modelos intersectoriales con mayor impacto. • Vincular eventos culturales y deportivos a entornos responsables. • Convertir a jóvenes en agentes activos de prevención. • Diseñar ocio inclusivo y equitativo.

8.3.5 Área 9.5 Ámbito Laboral

Debilidades – 9.5. Ámbito Laboral

- **Insuficiente integración estructural de la prevención de adicciones en las políticas laborales.**

Aunque existen actuaciones preventivas, la prevención de adicciones no está plenamente incorporada de forma sistemática en los planes de prevención de riesgos laborales ni en las políticas de salud laboral de empresas y administraciones, lo que limita el cumplimiento del objetivo general del Plan.

- **Desarrollo desigual y poco consolidado de la prevención universal en el trabajo.**

Las acciones de sensibilización e información están presentes, pero se desarrollan de forma irregular (regular u ocasional), sin garantizar continuidad ni homogeneidad, lo que dificulta su consolidación como práctica preventiva estructural.

- **Escaso despliegue de programas de prevención selectiva y detección temprana.**

Solo una pequeña parte de las entidades ha incorporado programas orientados a la disminución del consumo en el entorno laboral o a la detección precoz de factores asociados al consumo, predominando un enfoque informativo frente a uno preventivo integral.

- **Limitada identificación y modificación de factores ambientales de riesgo.**

La evaluación de riesgos ambientales vinculados al consumo (exposición a productos, máquinas expendedoras, condiciones laborales estresantes) se realiza de forma puntual y no sistemática, alejándose de los objetivos específicos del Plan.

- **Falta de protocolos claros y comunes de actuación en las organizaciones.**

La mayoría de las entidades carece de procedimientos definidos para la detección, orientación, intervención y derivación de situaciones relacionadas con consumo de sustancias u otras adicciones, lo que genera respuestas desiguales y dependientes de iniciativas individuales.

- **Formación insuficiente y desigual de delegados de prevención, mandos intermedios y responsables.**

La capacitación específica en adicciones es parcial o inexistente en muchos casos, limitando la capacidad de detección temprana, acompañamiento adecuado y aplicación de medidas no sancionadoras.

- **Débil coordinación interinstitucional en el ámbito laboral.**

La coordinación con Instituto Canario de Seguridad Laboral (ICASEL), servicios de prevención de riesgos laborales, salud laboral, salud mental y recursos especializados en adicciones es limitada, puntual o poco estructurada, lo que dificulta un abordaje integral y coherente.

- **Persistencia del estigma en el entorno de trabajo.**

El miedo a consecuencias laborales negativas (sanciones, despido, estigmatización) continúa siendo una barrera relevante para la participación de trabajadores y trabajadoras en programas preventivos o de apoyo.

- **Escasa participación activa de las personas trabajadoras en el diseño de programas.**
Aunque el Plan plantea la implicación de trabajadores y trabajadoras como principio clave, esta participación sigue siendo limitada, reduciendo la apropiación y eficacia de las intervenciones.
- **Carácter puntual y limitada financiación de las actuaciones preventivas.**
Muchas intervenciones dependen de recursos ocasionales o de proyectos concretos, sin financiación estable ni convocatorias específicas, lo que dificulta la continuidad y el impacto a medio y largo plazo.
- **Ausencia de sistemas homogéneos de evaluación y seguimiento.**
No existen indicadores comunes ni mecanismos sistemáticos de evaluación que permitan medir el impacto real de las acciones preventivas en el ámbito laboral y orientar la mejora continua.

Amenazas – 9.5. Ámbito Laboral

- **Persistencia del estigma asociado a las adicciones en el entorno laboral.**
La percepción del consumo como un problema individual y sancionable, más que como una cuestión de salud, continúa siendo una barrera externa relevante que dificulta la detección precoz, la demanda de ayuda y la implementación de programas preventivos efectivos.
- **Falta de exigencia normativa o institucional en materia de prevención laboral de adicciones.**
La ausencia de obligaciones claras o requisitos mínimos para empresas y administraciones limita la incorporación sistemática de la prevención de adicciones en las políticas laborales, dejándola supeditada a la voluntad o sensibilidad de cada organización.
- **Prioridad secundaria de la prevención de adicciones frente a otras urgencias laborales.**
En contextos marcados por la carga de trabajo, la productividad o la gestión de riesgos tradicionales, la prevención de adicciones puede quedar relegada, reduciendo su visibilidad y sostenibilidad.
- **Inestabilidad económica y limitaciones presupuestarias.**
La dependencia de financiación puntual o no específica para el ámbito laboral amenaza la continuidad de las intervenciones y dificulta el desarrollo de programas estables, especialmente en pequeñas empresas y administraciones locales.
- **Desigual capacidad preventiva entre sectores y territorios.**
Las diferencias estructurales entre grandes organizaciones y pequeñas empresas, así como entre territorios, generan brechas en el acceso a programas de prevención laboral, afectando a la equidad del sistema.
- **Incremento de factores psicosociales de riesgo en el trabajo.**
La precariedad laboral, el estrés, la sobrecarga emocional, la temporalidad y la incertidumbre económica aumentan la vulnerabilidad frente a conductas adictivas, tensionando la capacidad de respuesta preventiva de las organizaciones.
- **Escasa cultura preventiva específica en adicciones en el ámbito laboral.**

Aunque existe una cultura consolidada en prevención de riesgos físicos, la prevención de adicciones y salud mental aún no está plenamente integrada como dimensión prioritaria en muchos entornos laborales.

- **Rotación de personal y falta de continuidad organizativa.**

La alta rotación en determinados sectores dificulta la consolidación de procesos formativos, la transferencia de conocimientos y la implementación sostenida de programas preventivos.

- **Débil coordinación estructural entre el ámbito laboral y los sistemas sanitario y social.**

La falta de circuitos claros y estables con salud laboral, salud mental y recursos especializados en adicciones puede limitar la eficacia de la detección temprana y la derivación adecuada de los casos.

- **Normalización social del consumo de alcohol y otras sustancias en determinados sectores laborales.**

En algunos entornos profesionales persisten prácticas culturales que minimizan los riesgos del consumo, dificultando la aceptación de mensajes preventivos y la modificación de factores ambientales.

Fortalezas – 9.5. Ámbito Laboral

Marco de referencia

- **Marco estratégico claro y alineado con la salud laboral.**

La existencia del IV Plan Canario sobre Adicciones proporciona un marco normativo y conceptual sólido que legitima la intervención preventiva en el ámbito laboral, alineándose con la promoción de la salud y la prevención de riesgos.

- **Presencia de actuaciones preventivas en todos los contextos analizados.**

Aun no siendo significativo, todas las entidades que han participado en la evaluación declaran desarrollar algún tipo de medida de prevención de adicciones en el entorno laboral, lo que indica que la prevención está instalada como línea de trabajo, aunque con distinto nivel de sistematización.

- **Diversidad de acciones preventivas implementadas.**

Las intervenciones desarrolladas incluyen campañas de sensibilización, talleres de salud laboral, acciones formativas, derivación a recursos especializados y, en algunos casos, la integración del enfoque de adicciones en los planes de prevención de riesgos laborales.

- **Participación activa de perfiles técnicos especializados.**

Las actuaciones están impulsadas por personal técnico con experiencia en adicciones, promoción de la salud y prevención, lo que aporta rigor profesional y enfoque basado en evidencia.

- **Buena acogida de las acciones por parte de trabajadores y trabajadoras.**

Las entidades destacan el interés y la participación del personal cuando se ofrecen espacios formativos o de sensibilización, especialmente cuando el enfoque es preventivo, educativo y no sancionador.

- **Experiencias positivas en programas de empleo y formación.**

La prevención de adicciones integrada en programas de empleo, formación profesional básica y escuelas taller es valorada de forma positiva, mostrando el potencial del ámbito laboral como espacio educativo y preventivo.

- **Primeros avances en coordinación interinstitucional.**

Aunque mejorable, existen experiencias de coordinación con servicios de prevención de riesgos laborales, salud laboral, salud mental y entidades especializadas, que constituyen una base sobre la que construir modelos más estructurados.

- **Existencia de campañas y mensajes institucionales de promoción de estilos de vida saludables.**

En varias entidades se desarrollan mensajes y campañas orientadas al bienestar laboral y a la prevención de riesgos, lo que facilita la incorporación progresiva del enfoque de adicciones.

- **Enfoque preventivo centrado en el acompañamiento y la no penalización.**

Se reconoce como fortaleza el abordaje de las adicciones desde una perspectiva de apoyo, confidencialidad y salud, favoreciendo la reducción del estigma y la aceptación de las intervenciones.

- **Capacidad del ámbito laboral para actuar como factor protector.**

El entorno laboral se identifica como un espacio privilegiado para la detección temprana, la sensibilización continuada y la modificación de factores ambientales que influyen en las conductas adictivas.

Oportunidades – 9.5. Ámbito Laboral

- **Diseño del V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030).**

La elaboración de un nuevo ciclo de planificación ofrece la oportunidad de reforzar el ámbito laboral como eje específico, dotándolo de mayor visibilidad, objetivos propios, indicadores claros y financiación estable.

- **Integración de la prevención de adicciones en la prevención de riesgos laborales.**

Existe una oportunidad clara de incorporar de forma explícita y sistemática la prevención de adicciones en los planes de prevención de riesgos laborales, superando el carácter puntual de muchas actuaciones actuales.

- **Disponibilidad de fondos europeos y nacionales vinculados a salud laboral y bienestar.**

Programas relacionados con salud mental, bienestar laboral, empleo digno y entornos de trabajo saludables pueden financiar acciones preventivas estructuradas, formación especializada y desarrollo de protocolos.

- **Creciente sensibilización social sobre salud mental y bienestar en el trabajo.**

El aumento de la preocupación por el estrés laboral, el burnout y la salud mental tras la pandemia crea un contexto favorable para abordar las adicciones desde un enfoque integral de salud laboral, reduciendo resistencias y estigmas.

- **Interés y receptividad de trabajadores y trabajadoras.**

Las respuestas evidencian una buena acogida de las acciones formativas y de sensibilización, lo que facilita la ampliación hacia programas más estables, participativos y evaluables.

- **Potencial de formación de mandos intermedios y delegados/as de prevención.**

La necesidad detectada de formación específica representa una oportunidad para fortalecer la detección temprana, la intervención adecuada y la reducción del estigma, mediante programas formativos sistemáticos.

- **Desarrollo de protocolos comunes y homogéneos de actuación.**

La carencia actual de protocolos claros abre la oportunidad de diseñar y consensuar procedimientos comunes de detección, orientación, acompañamiento y derivación, aplicables tanto en empresas como en administraciones públicas.

- **Refuerzo de la coordinación interinstitucional.**

Existe margen para mejorar y formalizar la coordinación entre servicios de prevención de riesgos laborales, salud laboral, salud mental, UAD, ONG especializadas y administraciones públicas, avanzando hacia modelos de corresponsabilidad.

- **Extensión de buenas prácticas desde programas de empleo y formación.**

Las experiencias positivas en escuelas taller, programas de empleo y formación profesional básica pueden replicarse y escalarse a otros sectores productivos y entornos laborales.

- **Uso de herramientas digitales y formatos flexibles de intervención.**

La formación online, los materiales digitales y las campañas internas permiten ampliar cobertura, adaptarse a distintos sectores laborales y facilitar la participación del personal.

- **Avance hacia un enfoque preventivo no punitivo y centrado en la persona.**

El reconocimiento del valor del acompañamiento y la no penalización constituye una oportunidad para consolidar modelos de intervención basados en la salud, la confidencialidad y la inclusión, favoreciendo la detección precoz.

- **Definición de requisitos mínimos para empresas y administraciones.**

El próximo Plan puede establecer criterios básicos comunes (formación, protocolos, campañas, derivación) que garanticen una prevención laboral homogénea en el conjunto del tejido productivo canario.

DAFO – 9.5. Ámbito Laboral

DEBILIDADES	AMENAZAS
• Prevención laboral poco sistematizada y no homogénea entre entidades y sectores. • Predominio de acciones puntuales de sensibilización frente a programas estructurados. • Escasa implantación de protocolos claros de detección precoz, actuación y derivación. • Déficit de formación específica en adicciones para mandos intermedios, delegados/as de prevención y comités. • Evaluación irregular de riesgos ambientales asociados al consumo en el entorno laboral. • Coordinación interinstitucional limitada y poco estructurada. • Falta de financiación estable para programas preventivos continuados. • Persistencia del estigma asociado al consumo y a las adicciones en el trabajo.	• Estigmatización social del consumo que dificulta la detección temprana y la solicitud de ayuda. • Ausencia de exigencias normativas claras que obliguen a incorporar la prevención de adicciones en las políticas laborales. • Prioridad limitada de la prevención de adicciones frente a otros riesgos laborales. • Inestabilidad presupuestaria y dependencia de convocatorias puntuales. • Resistencia organizacional al abordaje de las adicciones por miedo a conflictos laborales. • Sobrecarga de responsabilidades en servicios de prevención y salud laboral. • Incremento de factores de riesgo laborales (estrés, precariedad, burnout). • Falta de cultura preventiva específica en adicciones en algunos sectores productivos.

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
• Marco estratégico claro del IV Plan Canario sobre Adicciones. • Alto conocimiento del Plan por parte de las entidades participantes. • Existencia de actuaciones preventivas en todas las entidades analizadas. • Diversidad de acciones ya implementadas (talleres, campañas, derivación, formación). • Buena acogida de las acciones por parte de trabajadores y trabajadoras. • Participación de personal técnico especializado en salud y adicciones. • Experiencias positivas en programas de empleo y formación. • Enfoque preventivo basado en el acompañamiento y la no penalización.	• Diseño del V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030). • Integración de la prevención de adicciones en los planes de prevención de riesgos laborales. • Disponibilidad de fondos europeos y nacionales en salud laboral y bienestar. • Mayor sensibilización social sobre salud mental y bienestar en el trabajo. • Interés del personal trabajador en acciones formativas. • Posibilidad de formación sistemática de mandos intermedios y delegados/as. • Desarrollo de protocolos comunes y homogéneos. • Refuerzo de la coordinación entre salud laboral, salud mental y adicciones.

Conclusiones DAFO – Ámbito Laboral (Área 9.5)

El análisis DAFO del ámbito laboral evidencia que la prevención de adicciones en el entorno de trabajo está presente en Canarias, pero no se encuentra aún plenamente consolidada como un eje estructural, homogéneo y sistemático en el conjunto del tejido laboral público y privado.

Desde el punto de vista interno, se constata una base positiva de partida, caracterizada por un alto conocimiento del IV Plan Canario sobre Adicciones, la existencia de actuaciones preventivas en todas las entidades consultadas y una buena receptividad por parte de trabajadores y trabajadoras cuando se desarrollan acciones formativas o de sensibilización. Estas fortalezas confirman que el entorno laboral es un espacio estratégico y viable para la prevención, con potencial para actuar como factor protector frente a conductas adictivas.

No obstante, las debilidades identificadas son significativas y limitan el impacto de las actuaciones actuales. La prevención laboral se desarrolla mayoritariamente mediante acciones puntuales y no integradas de forma sistemática en las políticas de empresa o en los planes de prevención de riesgos laborales. La escasez de protocolos claros de detección precoz, actuación y derivación, junto con la formación desigual de mandos intermedios, delegados/as de prevención y personal técnico, dificulta una respuesta temprana y coherente ante situaciones de consumo. A ello se suma una coordinación interinstitucional insuficiente y la falta de financiación estable que garantice continuidad y evaluación de resultados.

En el plano externo, el análisis pone de manifiesto amenazas relevantes que pueden comprometer el avance de la prevención laboral si no se abordan de forma decidida. Destacan la persistencia del estigma asociado a las adicciones en el ámbito laboral, la ausencia de exigencias normativas claras que impulsen la incorporación obligatoria de la prevención de adicciones en las políticas laborales, y el incremento de factores de riesgo psicosocial como el estrés, la precariedad y el malestar emocional, que pueden favorecer conductas adictivas.

Frente a ello, se identifican oportunidades estratégicas claras para el próximo periodo de planificación. El diseño del V Plan Canario sobre Adicciones (2026-2030) ofrece un marco idóneo para visibilizar y reforzar la prevención laboral como un eje específico, integrándose de forma explícita en la prevención de riesgos

laborales, promoviendo la formación sistemática y obligatoria en determinados sectores, y desarrollando protocolos comunes y homogéneos en todo el territorio. Asimismo, la disponibilidad de fondos europeos y nacionales, junto al creciente interés social por la salud mental y el bienestar en el trabajo, constituye un contexto favorable para consolidar un modelo preventivo más sólido y sostenible.

En conjunto, el DAFO evidencia que el principal reto del ámbito laboral no es iniciar la prevención, sino pasar de un modelo fragmentado y ocasional a un modelo estructural, preventivo y corresponsable, basado en la no estigmatización, la detección temprana, la coordinación interinstitucional y la integración plena de la prevención de adicciones en las políticas de salud y bienestar laboral.

Matriz CAME – 9.5. Ámbito Laboral

CORREGIR (Debilidades)	AFRONTAR (Amenazas)
• Sistematizar la prevención de adicciones en el ámbito laboral, integrándose de forma explícita en los planes de prevención de riesgos laborales. • Desarrollar y aplicar protocolos claros, comunes y homogéneos de detección precoz, actuación y derivación. • Reforzar la formación específica y continua en adicciones para mandos intermedios, delegados/as de prevención y comités. • Establecer mecanismos estables de coordinación entre salud laboral, salud mental y recursos especializados en adicciones. • Garantizar financiación específica y sostenida para programas preventivos laborales. • Incorporar la evaluación sistemática de riesgos ambientales asociados al consumo en los entornos de trabajo.	• Combatir el estigma asociado a las adicciones en el ámbito laboral mediante campañas institucionales de sensibilización. • Impulsar marcos normativos y directrices que refuercen la obligatoriedad de la prevención de adicciones en empresas y administraciones. • Integrar la prevención de adicciones dentro de las estrategias de abordaje del estrés laboral, el burnout y los riesgos psicosociales. • Reforzar el acompañamiento y la confidencialidad para favorecer la detección temprana y la solicitud de ayuda. • Prevenir la discontinuidad de programas mediante compromisos plurianuales de financiación.
MANTENER (Fortalezas)	EXPLOTAR (Oportunidades)
• Mantener el enfoque preventivo basado en el acompañamiento, la no penalización y la confidencialidad. • Consolidar la implicación de personal técnico especializado en salud laboral y adicciones. • Reforzar la buena acogida de las acciones preventivas por parte de trabajadores y trabajadoras. • Continuar promoviendo campañas y talleres de sensibilización en el entorno laboral. • Sostener las experiencias positivas desarrolladas en programas de empleo y formación.	• Aprovechar el V Plan Canario sobre Adicciones (2026-2030) para posicionar la prevención laboral como eje estratégico prioritario. • Utilizar fondos europeos y nacionales para financiar programas preventivos estables y evaluables. • Integrar la prevención de adicciones en las políticas de bienestar laboral y salud mental. • Desarrollar formación obligatoria y acreditable en prevención de adicciones en determinados sectores. • Crear protocolos comunes a escala autonómica para garantizar equidad territorial.

Tabla DAFO–CAME · Ámbito Laboral (9.5)

DIAGNÓSTICO (DAFO)	ESTRATEGIA (CAME)
DEBILIDADES • Prevención laboral poco sistematizada y desigual entre entidades. • Predominio de acciones puntuales frente a programas estructurados. • Escasez de protocolos claros de detección precoz, actuación y derivación.	CORREGIR • Integrar de forma obligatoria la prevención de adicciones en los planes de prevención de riesgos laborales. • Elaborar protocolos comunes y homogéneos de detección precoz, actuación y derivación. • Reforzar la formación continua y especializada en

• Formación insuficiente o desigual de mandos intermedios y delegados/as de prevención. • Limitada evaluación de riesgos ambientales asociados al consumo. • Coordinación interinstitucional débil y no estable. • Financiación insuficiente y poco sostenida en el tiempo.	adicciones para responsables, mandos y delegados/as de prevención. • Establecer mecanismos estables de coordinación entre salud laboral, salud mental y recursos de adicciones. • Incorporar sistemas de evaluación y seguimiento de resultados.
AMENAZAS • Estigmatización del consumo y miedo a consecuencias laborales. • Falta de exigencia normativa para incorporar la prevención en empresas y administraciones. • Precariedad laboral, estrés y riesgos psicosociales crecientes. • Inestabilidad financiera y cambios en prioridades políticas. • Sobrecarga de los servicios de salud laboral y mental.	AFRONTAR • Desarrollar campañas institucionales que reduzcan el estigma y promuevan la cultura de cuidado y acompañamiento. • Impulsar directrices y requisitos mínimos autonómicos en prevención laboral de adicciones. • Vincular la prevención de adicciones con la gestión del estrés, el burnout y los riesgos psicosociales. • Asegurar financiación plurianual que garantice continuidad e impacto. • Reforzar la confidencialidad y la protección de derechos de las personas trabajadoras.
FORTALEZAS • Alto conocimiento del IV Plan Canario sobre Adicciones. • Existencia de actuaciones preventivas en todas las entidades consultadas. • Buena acogida de las acciones formativas por parte de trabajadores/as. • Enfoque preventivo basado en acompañamiento y no penalización. • Experiencia previa en campañas de sensibilización y programas de empleo y formación.	MANTENER • Consolidar el enfoque preventivo centrado en la salud, el bienestar y la no estigmatización. • Mantener las acciones formativas y campañas con buena aceptación. • Reforzar el papel del personal técnico especializado. • Continuar integrando la prevención en programas de empleo, formación y salud laboral.
OPORTUNIDADES • Diseño del V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030). • Disponibilidad de fondos europeos y nacionales en salud laboral y salud mental. • Mayor sensibilidad social hacia el bienestar laboral y la salud mental. • Posibilidad de integrar la prevención en políticas de responsabilidad social y PRL. • Interés de trabajadores/as por recibir formación.	EXPLOTAR • Posicionar la prevención laboral como eje estratégico visible del V Plan. • Financiar programas estables, evaluables y replicables en todo el territorio. • Desarrollar formación obligatoria y acreditable en sectores clave. • Crear protocolos autonómicos comunes que garanticen equidad territorial. • Integrar prevención de adicciones, salud mental y bienestar laboral en un modelo único.

8.3.6 Área 9.6. Ámbito de la Comunicación

Debilidades – 9.6. Ámbito de la Comunicación

- **Fragmentación institucional y falta de estrategia común.**
Se evidencia una débil coordinación entre el Gobierno de Canarias, cabildos, ayuntamientos y entidades sociales en el diseño y difusión de campañas preventivas. Esta fragmentación impide consolidar una narrativa homogénea y coherente, y reduce el impacto acumulativo de los mensajes en la población.
- **Predominio de campañas puntuales frente a enfoques sostenidos.**
La comunicación preventiva se articula mayoritariamente en torno a acciones aisladas, vinculadas a fechas señaladas o campañas concretas, sin una planificación estratégica continuada que refuerce los mensajes a medio y largo plazo, en contradicción con los objetivos de sensibilización estructural del Plan.
- **Insuficiente segmentación y adaptación de los mensajes.**
Los contenidos difundidos presentan escasa diferenciación según edad, género, contexto socioeconómico o diversidad cultural, lo que limita su eficacia preventiva, especialmente en colectivos clave como adolescentes, jóvenes y familias en contextos de mayor vulnerabilidad.
- **Débil presencia en entornos digitales y formatos emergentes.**
A pesar del uso regular de la radio como canal de proximidad, se constata una utilización limitada de redes sociales, plataformas digitales y formatos audiovisuales innovadores, que son los principales canales de consumo informativo de la población joven.
- **Escasa visibilidad de las nuevas adicciones.**
La comunicación sigue centrada prioritariamente en alcohol, tabaco y cannabis, con una incorporación aún insuficiente de las adicciones comportamentales y digitales (juego online, apuestas, uso problemático de tecnologías), a pesar de su creciente relevancia social y sanitaria.
- **Ausencia de evaluación sistemática del impacto comunicativo.**
No se dispone de indicadores homogéneos ni de estudios de impacto que permitan valorar de forma objetiva la eficacia real de las campañas, el alcance de los mensajes o los cambios en conocimientos, actitudes y percepciones de la ciudadanía.
- **Narrativas poco innovadoras y excesivamente institucionales.**
Parte de los mensajes preventivos utilizan lenguajes, formatos y códigos alejados de los referentes juveniles y de la comunicación digital contemporánea, lo que dificulta la identificación de los públicos destinatarios y reduce su capacidad de influencia.
- **Déficit formativo en comunicación responsable sobre adicciones.**
La formación específica de profesionales de los medios en el tratamiento informativo de las adicciones es irregular o inexistente en varios casos, pese al interés manifestado. Esta carencia repercute en el uso inadecuado de fuentes, datos, imágenes o testimonios sensibles, y dificulta la aplicación sistemática de enfoques éticos y preventivos.
- **Falta de criterios editoriales y códigos de estilo específicos.**
Aunque se identifican buenas prácticas aisladas, no siempre existen ni se conocen criterios editoriales claros o códigos de estilo específicos sobre

adicciones, lo que genera desigualdad en el tratamiento informativo y limita la profesionalización del enfoque preventivo.

- **Dependencia de financiación anual e inestabilidad de recursos.**

La planificación comunicativa está condicionada por la disponibilidad presupuestaria anual, lo que dificulta la continuidad de los proyectos, la consolidación de equipos y el desarrollo de estrategias comunicativas estructuradas y evaluables.

Amenazas – 9.6. Ámbito de la Comunicación

- **Fuerte influencia de la industria del alcohol, tabaco y juego online.**

La elevada capacidad económica y comunicativa de estas industrias permite el despliegue de campañas comerciales masivas, altamente segmentadas y atractivas, con gran penetración entre adolescentes y jóvenes, que compiten directamente con los mensajes preventivos de salud pública. La paradoja del consumo responsable o juego responsable apoyado, prevención desde las empresas que lo promueven es una amenaza a considerar.

- **Normalización social y cultural del consumo.**

Persisten discursos mediáticos y culturales que asocian ocio, diversión y éxito social con el consumo de alcohol, tabaco o apuestas, lo que debilita la credibilidad y eficacia de los mensajes preventivos y dificulta el cambio de actitudes en la población.

- **Saturación informativa y pérdida de visibilidad.**

El exceso de contenidos en medios y redes sociales reduce la capacidad de las campañas preventivas para captar la atención de la ciudadanía, especialmente cuando compiten con mensajes más emocionales, sensacionalistas o de entretenimiento inmediato.

- **Desigual acceso y brecha digital.**

Las desigualdades en el acceso a recursos digitales y en la alfabetización mediática de determinados colectivos o territorios limitan el alcance de las campañas basadas en TIC, pudiendo dejar fuera a poblaciones especialmente vulnerables.

- **Competencia con narrativas de riesgo en entornos digitales.**

Influencers, creadores de contenido y determinados medios difunden mensajes que trivializan o legitiman el consumo, utilizando códigos cercanos y lenguajes atractivos para la juventud, lo que supone una amenaza directa para la comunicación preventiva institucional.

- **Inestabilidad financiera y escasez de recursos sostenidos.**

La dependencia de presupuestos anuales y la ausencia de financiación estructural dificultan la continuidad de las campañas, la consolidación de equipos profesionales y la planificación estratégica a medio y largo plazo.

- **Desconfianza hacia los mensajes institucionales.**

Una parte de la población, especialmente jóvenes, percibe los mensajes oficiales como lejanos, moralizantes o poco realistas, lo que reduce su capacidad de influencia y refuerza la necesidad de enfoques comunicativos más participativos y cercanos.

- **Rápida aparición de nuevas adicciones y cambios tecnológicos.**

La velocidad con la que emergen nuevas sustancias, plataformas digitales, formas de juego o redes sociales provoca que las campañas preventivas queden rápidamente desactualizadas si no cuentan con mecanismos ágiles de adaptación y actualización de contenidos.

Fortalezas – 9.6. Ámbito de la Comunicación

- **Reconocimiento institucional de la comunicación como eje estratégico.**
El IV Plan Canario sobre Adicciones incorpora explícitamente la comunicación como un eje transversal clave, reconociendo su capacidad para influir en valores, actitudes y normas sociales relacionadas con el consumo y las adicciones.
- **Experiencia previa en campañas preventivas de amplio alcance.**
Canarias cuenta con un bagaje significativo en el desarrollo de campañas institucionales sobre alcohol, tabaco, cannabis, seguridad vial y consumo responsable, que han alcanzado una elevada visibilidad social y han generado aprendizajes transferibles a futuras estrategias.
- **Capacidad de difusión a través de medios públicos y de proximidad.**
La existencia de medios públicos autonómicos (RTVC) y de una red consolidada de medios locales y comarcales permite llegar de forma capilar a la población de todas las islas, reforzando la cercanía y la legitimidad de los mensajes preventivos.
- **Papel activo de medios de proximidad y radio local.**
Destaca especialmente el uso de la radio como canal estable de divulgación, con programas periódicos, entrevistas a especialistas y espacios continuados dedicados a la prevención, lo que favorece la regularidad del mensaje y el contacto directo con la ciudadanía.
- **Colaboración con entidades sociales y profesionales especializadas.**
ONG, entidades del tercer sector, colegios profesionales y asociaciones juveniles participan activamente en la generación y difusión de contenidos preventivos, aportando conocimiento especializado, enfoque comunitario y legitimidad social.
- **Implicación directa de unidades municipales de prevención.**
A diferencia de otros ámbitos, se observa una implicación significativa de unidades municipales de prevención y entidades sociales en acciones de comunicación alineadas con el IV Plan, especialmente en entrevistas, campañas institucionales y difusión de información cualificada.
- **Creciente sensibilización social tras la pandemia.**
El aumento del interés social por la salud mental, el bienestar emocional y las adicciones tras la pandemia ha generado un contexto favorable para la recepción de mensajes preventivos y para la normalización del enfoque de salud pública en los medios.
- **Experiencias previas de comunicación dirigida a población juvenil.**
Se han desarrollado proyectos piloto y acciones específicas en centros educativos, universidades y entornos juveniles, con materiales adaptados, que constituyen una base valiosa para avanzar hacia una comunicación más segmentada y eficaz.
- **Potencial para incorporar perspectiva de género y diversidad.**

El marco del IV Plan promueve la integración de la perspectiva de género y la atención a la diversidad cultural y social, ofreciendo una oportunidad para desarrollar mensajes más inclusivos y ajustados a las realidades diferenciadas de mujeres y hombres.

- **Capacidad de articular enfoques comunitarios y redes locales.**

La difusión de campañas a través de asociaciones vecinales, centros comunitarios y redes sociales locales amplía el alcance de los mensajes y refuerza su impacto, especialmente en contextos donde los medios de proximidad actúan como referentes de confianza.

Oportunidades – 9.6. Ámbito de la Comunicación

- **Nuevo ciclo de planificación estratégica (V Plan Canario sobre Adicciones 2026–2030).**

La elaboración del próximo Plan constituye una oportunidad clave para diseñar una estrategia de comunicación específica, sostenida y transversal, superando el enfoque puntual de campañas aisladas y estableciendo líneas de actuación coordinadas entre el nivel autonómico, insular y local.

- **Avance y consolidación de las tecnologías digitales y redes sociales.**

El crecimiento de plataformas digitales, redes sociales, podcasts, streaming y formatos interactivos abre la posibilidad de diversificar canales y lenguajes, llegando de forma directa y eficaz a adolescentes y jóvenes mediante contenidos adaptados, creativos y participativos, incluyendo la colaboración con referentes e influencers positivos.

- **Mayor sensibilización social tras la pandemia.**

El aumento del interés social por la salud mental, el bienestar emocional y las adicciones genera un contexto favorable para la recepción de mensajes preventivos, facilitando la legitimación del enfoque de salud pública y la normalización del discurso preventivo en los medios.

- **Disponibilidad de fondos europeos y nacionales.**

Existen oportunidades de financiación vinculadas a programas de salud pública, digitalización, juventud y bienestar emocional que pueden impulsar proyectos innovadores de comunicación preventiva, reforzar la continuidad de las campañas y mejorar su calidad técnica y alcance.

- **Potencial de colaboración con medios públicos y locales.**

La utilización estratégica de medios públicos autonómicos (RTVC), radios comunitarias y prensa local permite garantizar cobertura territorial equilibrada, incluyendo islas no capitalinas y entornos rurales, reforzando la cercanía y la accesibilidad de los mensajes.

- **Integración de la comunicación en estrategias intersectoriales.**

Existe margen para coordinar las campañas de prevención con otras políticas públicas (juventud, educación, deporte, cultura, servicios sociales), favoreciendo mensajes coherentes y complementarios que refuercen los factores de protección desde distintos ámbitos de la vida cotidiana.

- **Desarrollo de un enfoque inclusivo, de género y diversidad.**

La comunicación preventiva puede avanzar hacia mensajes segmentados y adaptados a diferentes edades, géneros, contextos socioculturales y colectivos

vulnerables, incrementando la equidad, la identificación con los contenidos y la eficacia de las campañas.

- **Participación ciudadana y coproducción de mensajes.**

La implicación de jóvenes, familias y agentes comunitarios en el diseño de campañas ofrece la oportunidad de generar mensajes más cercanos, creíbles y alineados con las realidades sociales, reduciendo la percepción de distancia o moralización asociada a la comunicación institucional.

- **Profesionalización y formación en comunicación responsable.**

El interés manifestado por los profesionales de los medios en recibir formación específica constituye una oportunidad para mejorar la calidad del tratamiento informativo, promover el uso de fuentes seguras y consolidar criterios editoriales comunes sobre adicciones.

TABLA DAFO – 9.6. Ámbito de la Comunicación

DEBILIDADES	AMENAZAS
● Fragmentación institucional entre Gobierno, cabildos, ayuntamientos y entidades sociales, que dificulta campañas coordinadas. ● Predominio de campañas puntuales ligadas a fechas concretas, sin estrategias comunicativas sostenidas. ● Escasa adaptación de los mensajes a públicos específicos (edad, género, contexto sociocultural). ● Débil presencia en canales digitales y formatos atractivos para adolescentes y jóvenes. ● Escasa visibilización de adicciones emergentes (digitales, juego online). ● Ausencia de sistemas de evaluación sistemática del impacto de las campañas. ● Falta de criterios editoriales claros o códigos de estilo específicos sobre adicciones en algunos medios. ● Carencias formativas en comunicación responsable y tratamiento informativo de las adicciones.	● Fuerte influencia de la industria del alcohol, tabaco y juego online mediante campañas comerciales masivas y atractivas. ● Normalización social del consumo asociada al ocio y la diversión en discursos culturales y mediáticos. ● Saturación informativa en medios y redes que reduce la visibilidad de los mensajes preventivos. ● Competencia con narrativas de riesgo difundidas por influencers y contenidos no regulados. ● Desconfianza de parte de la población joven hacia mensajes institucionales percibidos como moralizantes. ● Rapidez en la aparición de nuevas adicciones que puede dejar obsoletos los mensajes preventivos. ● Brecha digital que limita el alcance de campañas basadas en TIC en ciertos colectivos. ● Dependencia de financiación anual e inestabilidad presupuestaria que limita la continuidad.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES

● Reconocimiento institucional de la comunicación como eje estratégico en el IV Plan Canario sobre Adicciones. ● Experiencia previa en campañas de prevención sobre alcohol, tabaco y otras sustancias. ● Capacidad de difusión a través de medios públicos y locales (RTVC, radios comunitarias). ● Existencia de espacios estables en radio y medios locales dedicados a prevención. ● Colaboración con entidades sociales, profesionales y unidades municipales de prevención. ● Interés y disposición de los medios para abordar las adicciones de forma responsable. ● Buenas prácticas en la desmitificación de adicciones, especialmente comportamentales. ● Cercanía de los medios locales para llegar a la ciudadanía.	● Nuevo ciclo de planificación (V Plan Canario 2026–2030) para diseñar una estrategia comunicativa estructurada y sostenible. ● Avance de las tecnologías digitales y redes sociales para llegar a la juventud con nuevos formatos. ● Mayor sensibilización social tras la pandemia sobre salud mental y adicciones. ● Disponibilidad de fondos europeos y nacionales para proyectos de comunicación en salud. ● Potencial de coordinación intersectorial con educación, juventud, deporte y servicios sociales. ● Desarrollo de mensajes inclusivos con enfoque de género y diversidad. ● Participación ciudadana y juvenil en el diseño de campañas preventivas. ● Refuerzo de la formación en comunicación responsable para profesionales de los medios.
--	--

Conclusiones del DAFO – Ámbito de la Comunicación (9.6)

El análisis DAFO del ámbito de la comunicación pone de manifiesto que la comunicación preventiva constituye un eje estratégico reconocido institucionalmente, con capacidad real de influencia social y un importante potencial transformador en la promoción de estilos de vida saludables y en la prevención de conductas adictivas. Sin embargo, este potencial no se encuentra plenamente aprovechado de manera estructural ni homogénea en el conjunto del territorio.

Entre las principales fortalezas, destaca el reconocimiento explícito del papel de la comunicación en el IV Plan Canario sobre Adicciones, la experiencia acumulada en campañas preventivas, la existencia de medios públicos y locales con amplia capacidad de difusión y la implicación de entidades sociales y unidades municipales que han consolidado espacios estables de sensibilización, especialmente a través de la radio y medios de proximidad. Asimismo, se observa una creciente sensibilización social en torno a la salud mental y las adicciones, que favorece la receptividad de los mensajes preventivos.

No obstante, el análisis evidencia debilidades estructurales relevantes. Predomina un modelo de comunicación puntual y fragmentado, con escasa coordinación interinstitucional, limitada adaptación de los mensajes a públicos específicos y una presencia insuficiente en canales digitales y formatos atractivos para adolescentes y jóvenes. A ello se suma la falta de evaluación sistemática del impacto de las campañas, la carencia de criterios editoriales homogéneos sobre el tratamiento informativo de las adicciones y las necesidades formativas del personal de los medios en comunicación responsable y uso de fuentes especializadas.

En cuanto a las amenazas, destacan la fuerte influencia de la industria del alcohol, el tabaco y el juego online, la normalización social del consumo en los discursos mediáticos y culturales, la saturación informativa y la rápida evolución de las adicciones emergentes, especialmente las comportamentales y digitales. Estas amenazas se ven reforzadas por la desconfianza de parte de la población joven hacia los mensajes institucionales, percibidos en ocasiones como lejanos o poco creíbles, y

por la inestabilidad de la financiación, que dificulta la continuidad de las estrategias comunicativas.

Frente a este escenario, las oportunidades son significativas. El inicio del V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030) ofrece un marco idóneo para diseñar una estrategia de comunicación integral, sostenida y evaluable, apoyada en la innovación digital, la coordinación intersectorial, el enfoque de género y diversidad, y la participación activa de la ciudadanía, especialmente de la juventud. La disponibilidad de fondos europeos y nacionales y el potencial de los medios públicos y locales refuerzan esta oportunidad de transformación.

En conclusión, el DAFO evidencia la necesidad de evolucionar desde una comunicación preventiva puntual hacia un modelo estratégico, profesionalizado y basado en evidencia, que consolide a los medios de comunicación como aliados estructurales del sistema de prevención de adicciones, refuerce la coherencia institucional y garantice mensajes más cercanos, adaptados y eficaces para los distintos grupos de población.

MATRIZ CAME – Ámbito de la Comunicación (9.6)

CORREGIR (Debilidades)	AFRONTAR (Amenazas)
• Corregir la fragmentación institucional, estableciendo una estrategia de comunicación coordinada entre Gobierno de Canarias, cabildos, ayuntamientos y entidades sociales. • Superar el carácter puntual de las campañas, diseñando planes comunicativos continuos y sostenidos en el tiempo, no vinculados solo a efemérides. • Mejorar la segmentación de mensajes, adaptando contenidos a edad, género, contextos culturales y nivel socioeconómico. • Reforzar la presencia en canales digitales, especialmente redes sociales, formatos audiovisuales, podcasts y contenidos breves dirigidos a jóvenes. • Incorporar de forma sistemática las adicciones comportamentales y digitales en los mensajes preventivos. • Implantar sistemas de evaluación del impacto comunicativo, con indicadores comunes de alcance, comprensión y cambio de actitudes. • Actualizar narrativas y formatos para hacer los mensajes más innovadores, cercanos y atractivos, evitando un enfoque excesivamente institucional. • Reducir la dependencia de financiación anual mediante planificación plurianual y recursos estables.	• Afrontar la presión de la industria del alcohol, tabaco y juego online mediante mensajes preventivos basados en evidencia y regulación ética de la publicidad. • Contrarrestar la normalización social del consumo con campañas que promuevan modelos alternativos de ocio, bienestar y salud. • Combatir la saturación informativa utilizando estrategias creativas, narrativas emocionales y referentes cercanos a la juventud. • Reducir el impacto de la brecha digital, combinando medios tradicionales (radio local, prensa) con formatos digitales accesibles. • Afrontar la desconfianza hacia los mensajes institucionales incorporando la participación juvenil, testimonios reales y comunicación entre iguales. • Adaptar las campañas a la rápida aparición de nuevas adicciones, garantizando flexibilidad y actualización permanente de contenidos.
MANTENER (Fortalezas)	EXPLOTAR (Oportunidades)
• Mantener el reconocimiento institucional de la comunicación como eje transversal de la prevención. • Consolidar la experiencia previa en campañas de sensibilización, aprovechando aprendizajes y buenas prácticas.	• Explotar el nuevo marco del V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030) para crear una estrategia comunicativa integral y evaluable. • Aprovechar el avance de las tecnologías digitales, incorporando redes sociales,

• Reforzar el uso de medios públicos y locales (RTVC, radios comunitarias) como canales estables de divulgación preventiva. • Mantener la colaboración con entidades sociales, profesionales y asociaciones juveniles, fortaleciendo alianzas. • Continuar incorporando la perspectiva de género y diversidad en los mensajes y materiales. • Sostener los espacios estables de divulgación, especialmente en radio y medios de proximidad, por su alta credibilidad social. • Preservar el enfoque de comunicación responsable, evitando la banalización o normalización del consumo.	influencers positivos, gamificación y formatos innovadores. • Capitalizar la mayor sensibilización social tras la pandemia en torno a la salud mental y las adicciones. • Utilizar fondos europeos y nacionales para financiar campañas de comunicación en salud y prevención juvenil. • Potenciar la coordinación intersectorial (educación, juventud, deporte, cultura, servicios sociales) para mensajes coherentes y transversales. • Implicar a jóvenes, familias y comunidades en el diseño de campañas, aumentando legitimidad y eficacia. • Desarrollar un plan de formación específico en comunicación responsable sobre adicciones para profesionales de los medios.
--	---

TABLA DAFO – CAME ÁMBITO DE LA COMUNICACIÓN (9.6)

DAFO	CAME (Estrategia derivada)
DEBILIDADES • Fragmentación institucional en campañas. • Carácter puntual y no sostenido de la comunicación preventiva. • Escasa adaptación de mensajes a públicos específicos. • Débil presencia en canales digitales juveniles. • Baja visibilidad de adicciones comportamentales y digitales. • Falta de evaluación sistemática del impacto. • Narrativas institucionales poco atractivas. • Dependencia de financiación anual.	CORREGIR • Diseñar una estrategia de comunicación coordinada y transversal entre administraciones y entidades sociales. • Planificar campañas continuas y plurianuales, no ligadas solo a fechas señaladas. • Segmentar mensajes por edad, género y contexto sociocultural. • Reforzar el uso de redes sociales, formatos audiovisuales y narrativas digitales. • Integrar de forma explícita las adicciones comportamentales. • Implantar indicadores comunes de evaluación de impacto comunicativo.
AMENAZAS • Influencia de la industria del alcohol, tabaco y juego online. • Normalización social del consumo en medios y cultura. • Saturación informativa y baja visibilidad de mensajes preventivos. • Brecha digital en determinados colectivos. • Desconfianza juvenil hacia mensajes institucionales. • Aparición rápida de nuevas adicciones. • Inestabilidad presupuestaria.	AFRONTAR • Contrarrestar mensajes comerciales con comunicación basada en evidencia científica. • Promover narrativas alternativas asociadas a bienestar y ocio saludable. • Apostar por creatividad, storytelling y referentes cercanos. • Combinar medios tradicionales (radio local) y digitales. • Incorporar participación juvenil y comunicación entre iguales. • Diseñar campañas flexibles y actualizables ante nuevas adicciones.
FORTALEZAS • Reconocimiento institucional del papel de la comunicación. • Experiencia previa en campañas preventivas. • Capacidad de difusión de medios públicos y locales. • Colaboración con entidades sociales y	MANTENER • Consolidar la comunicación como eje transversal del Plan. • Mantener la colaboración con medios públicos, locales y comunitarios. • Reforzar alianzas con ONG y profesionales especializados. • Sostener espacios estables de divulgación (radio,

profesionales. • Mayor sensibilidad social tras la pandemia. • Experiencias previas con población juvenil. • Enfoque de género y comunitario presente en el Plan.	programas periodísticos). • Continuar incorporando la perspectiva de género y diversidad. • Preservar el enfoque de comunicación responsable.
OPORTUNIDADES • V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030). • Avance de tecnologías digitales y redes sociales. • Mayor interés social en salud mental y adicciones. • Fondos europeos y nacionales para comunicación en salud. • Medios públicos y radios comunitarias. • Coordinación intersectorial posible. • Participación ciudadana y juvenil.	EXPLOTAR • Diseñar un Plan de Comunicación específico del V Plan. • Usar redes sociales, influencers positivos, podcasts y gamificación. • Aprovechar la mayor sensibilidad social para reforzar mensajes preventivos. • Captar financiación externa para campañas innovadoras. • Coordinar mensajes con educación, juventud, deporte y cultura. • Implicar a jóvenes y comunidad en el diseño de campañas.

8.3.7 Área 10. Atención Integral y Reducción del Daño

Debilidades – Área de Atención Integral y Reducción del Daño

- **Desigualdad territorial en la disponibilidad y accesibilidad de recursos.**
La red de atención presenta una distribución territorial desigual, con una mayor concentración de dispositivos especializados en las áreas metropolitanas de Gran Canaria y Tenerife. En las islas no capitalinas y en determinados municipios se detectan dificultades de acceso, mayores tiempos de desplazamiento y menor diversidad de recursos, lo que limita la equidad del sistema y condiciona la continuidad asistencial de las personas atendidas.
- **Integración insuficiente entre la red de adicciones y la red de salud mental.**
A pesar de la orientación estratégica del Plan hacia la coordinación, persisten circuitos paralelos entre los dispositivos de adicciones y los servicios de salud y de salud mental. El abordaje de la patología dual continúa siendo parcial o puntual en muchos contextos, con dificultades para articular canales ágiles de derivación, seguimiento compartido e intercambio de información clínica, lo que incrementa el riesgo de fragmentación asistencial.
- **Cobertura limitada y desigual de las estrategias de reducción de riesgos y daños.**
Las intervenciones de reducción del daño no se encuentran plenamente desplegadas ni de forma homogénea en calidad y recursos en el territorio. Recursos clave como programas de intercambio de jeringuillas, dispositivos de consumo supervisado o distribución sistemática de naloxona y otros de mayor flexibilidad presentan una cobertura muy limitada o inexistente. La disponibilidad única en recursos asistenciales de la red y no en otros como farmacias, etc. genera brechas significativas en la atención a personas según su lugar de residencia, a colectivos especialmente vulnerables, como personas sin hogar, población migrante en situación administrativa irregular, personas en contextos de consumo en calle o privadas de libertad.
- **Dificultades en la continuidad asistencial y seguimiento longitudinal.**
Se identifican problemas para garantizar la longitudinalidad de los procesos terapéuticos, especialmente en los tránsitos entre distintos niveles asistenciales (ambulatorio, hospitalario, residencial, penitenciario, comunitario, etc.). La ausencia de protocolos con Atención primaria como puerta de entrada, sistemas de seguimiento individualizado y de registros interoperables entre las instituciones y la red incrementa el riesgo de abandono de los tratamientos y dificulta el acompañamiento sostenido en el tiempo.
- **Insuficiencia y desigualdad en los recursos humanos especializados.**
Los dispositivos refieren plantillas con elevada sobrecarga asistencial, inestabilidad laboral en algunos recursos concertados y dificultades para cubrir perfiles profesionales clave, especialmente en psiquiatría, psicología clínica, enfermería especializada, trabajo social y atención a patología dual. Estas limitaciones afectan tanto a la calidad de la atención como a la capacidad de innovación y adaptación de los equipos.
- **Persistencia del estigma y barreras de acceso a los servicios.**

Continúan presentes actitudes estigmatizantes hacia las personas con adicciones, tanto a nivel social como institucional, que dificultan el acceso temprano a los recursos, retrasan la demanda de ayuda y obstaculizan los procesos de recuperación e integración social. El estigma se intensifica en determinados colectivos, como mujeres, personas sin hogar o personas con antecedentes judiciales.

- **Insuficiente incorporación sistemática de la perspectiva de género y atención diferenciada.**

Aunque existen experiencias positivas, la red presenta una oferta limitada de dispositivos específicos para mujeres, especialmente aquellas con responsabilidades familiares, víctimas de violencia de género o con consumos ocultos de hipnosedantes y psicofármacos. La falta de recursos adaptados (cuidado de hijos/as, horarios flexibles, espacios seguros) constituye una barrera relevante de acceso y permanencia en tratamiento.

- **Déficit en la evaluación homogénea de resultados y eficacia terapéutica.**

A pesar de que el IV Plan incorpora indicadores, la recogida de datos sigue siendo irregular y heterogénea entre dispositivos y territorios. A pesar de estar atendidas las personas en la red no se dispone de información pública sistemática sobre tipo de tratamiento, enfermedades asociadas, determinantes sociales clave, abandono, altas terapéuticas, duración y/o evolución de los tratamientos, reincidencia o impacto real de las intervenciones de reducción del daño. Esta limitación dificulta la toma de decisiones basada en evidencias y la mejora continua del sistema.

- **Aplicación heterogénea de protocolos de atención integral.**

La existencia y aplicación de protocolos comunes de intervención no es homogénea. Mientras algunos recursos cuentan con procedimientos definidos y alineados con directrices públicas, otros se encuentran en fases de desarrollo o carecen de protocolos específicos, lo que genera variabilidad en la calidad y coherencia de la atención según el dispositivo y el territorio.

- **Limitaciones estructurales para sostener programas estables e innovadores.**

Las entidades señalan como barreras recurrentes la falta de financiación suficiente y estable, la escasez de recursos de baja exigencia, la insuficiencia de plazas residenciales y de centros de día, y dificultades logísticas como el transporte. Estas limitaciones restringen la capacidad del sistema para responder a nuevos perfiles de consumo (menores con problemas de adicciones) y para consolidar modelos comunitarios e integrales de atención.

Amenazas – Área de Atención Integral y Reducción del Daño

- **Incremento y diversificación de las adicciones y de los patrones de consumo emergentes.**

El rápido crecimiento de las adicciones comportamentales (juego online, apuestas deportivas, uso compulsivo de pantallas y videojuegos), junto con la aparición de nuevas sustancias psicoactivas y modalidades de consumo (chemsex, policonsumo, nuevas sustancias sintéticas), genera una presión creciente sobre la red asistencial. Estas realidades evolucionan con mayor

rapidez que la capacidad de adaptación de los dispositivos, incrementando la complejidad clínica y social de los casos atendidos.

- **Persistencia del estigma social e institucional hacia las personas con adicciones.**

Los prejuicios y actitudes estigmatizantes continúan actuando como una barrera estructural que retrasa la demanda de ayuda, dificulta la adherencia a los tratamientos y limita los procesos de recuperación e inclusión social. El estigma afecta de forma especialmente intensa a determinados colectivos, como personas sin hogar, mujeres, población penitenciaria o personas con patología dual, y puede reproducirse incluso en el acceso a recursos comunitarios básicos.

- **Impacto de los determinantes socioeconómicos en la vulnerabilidad al consumo.**

La precariedad laboral, el desempleo, la exclusión social y la crisis habitacional incrementan la exposición al consumo problemático y elevan la demanda de recursos de reducción del daño y de inclusión social. Estos factores estructurales generan perfiles de mayor vulnerabilidad y cronificación, que requieren intervenciones intensivas y sostenidas, tensionando la capacidad de respuesta del sistema.

- **Influencia de la publicidad y de los intereses comerciales.**

La fuerte presión de la industria del alcohol, el tabaco y el juego online, con estrategias de marketing dirigidas a población joven y normalización social del consumo, contrarresta los mensajes de salud pública y prevención. Esta influencia dificulta la reducción de la demanda y puede neutralizar parcialmente el impacto de las intervenciones asistenciales y preventivas.

- **Aumento de la complejidad clínica asociada a la salud mental post-COVID.**

El incremento de los trastornos de ansiedad, depresión y consumo problemático de psicofármacos tras la pandemia ha elevado de forma significativa la prevalencia de patología dual. Esta situación incrementa la complejidad de los casos, exige mayor especialización profesional y refuerza la necesidad de una coordinación efectiva entre la red de adicciones y la red de salud mental, que actualmente no siempre se produce de forma fluida.

- **Brechas territoriales persistentes en el acceso y la continuidad asistencial.**

Las diferencias entre islas y entre zonas urbanas y rurales siguen constituyendo una amenaza para la equidad del sistema. En las islas no capitalinas y en determinados territorios existen mayores dificultades de acceso, menor diversidad de dispositivos y problemas de continuidad asistencial, lo que puede traducirse en abandono terapéutico o en intervenciones menos ajustadas a las necesidades reales.

- **Escasez, rotación y sobrecarga de profesionales especializados.**

La dificultad para cubrir plazas estables de psiquiatría, psicología clínica, trabajo social y enfermería especializada, junto con la rotación y la sobrecarga laboral, supone un riesgo para la calidad asistencial, la continuidad de los programas y la sostenibilidad de los equipos. Esta amenaza se ve agravada por la creciente demanda y la complejidad de los perfiles atendidos.

- **Sobrecarga progresiva del sistema sanitario y social.**

El aumento simultáneo de la demanda en salud mental, adicciones y servicios sociales puede saturar la red asistencial si no se refuerzan de forma suficiente los recursos humanos, materiales y financieros. Sin una planificación estratégica que anticipe esta presión, existe el riesgo de deterioro de la calidad de la atención, incremento de listas de espera y priorización de intervenciones de urgencia frente a procesos terapéuticos integrales.

- **Debilidad de la coordinación interinstitucional en contextos de alta complejidad.**

Aunque la coordinación entre instituciones está presente, su carácter desigual y, en muchos casos, dependiente de la iniciativa local constituye una amenaza para la atención de casos complejos. Las dificultades en los circuitos de derivación, el seguimiento compartido y el acceso a información clínica interoperable limitan la eficacia del abordaje integral, especialmente en patología dual y en itinerarios judiciales o penitenciarios.

- **Riesgo de inestabilidad financiera y de sostenibilidad de los programas.**

La red es, en su mayoría, dependiente de los recursos públicos. Las limitaciones presupuestarias y la dependencia de financiación no siempre estable amenazan la continuidad de programas clave, especialmente aquellos orientados a reducción del daño, baja exigencia o intervención comunitaria. Esta inestabilidad dificulta la planificación a medio y largo plazo y la consolidación de modelos innovadores y basados en evidencia.

Fortalezas – Área de Atención Integral y Reducción del Daño

- **Marco normativo y estratégico consolidado y alineado con las políticas estatales.**

Canarias dispone de un marco estratégico definido a través del IV Plan Canario sobre Adicciones, que incorpora líneas específicas de atención integral y reducción del daño, alineadas con la Estrategia Nacional sobre Adicciones y los enfoques de salud pública y derechos. Este marco proporciona legitimidad institucional, continuidad programática y una base sólida para el desarrollo de la red asistencial.

- **Red asistencial especializada amplia y consolidada.**

El archipiélago cuenta con una red pública y concertada de Unidades de Atención a las Adicciones, comunidades terapéuticas, unidades residenciales de atención a las Adicciones (URAD) centros de día, (Unidades semirresidenciales de atención a las adicciones USRAD)dispositivos residenciales, unidades hospitalarias de desintoxicación y programas ambulatorios, que constituye una estructura estable y reconocida. La experiencia acumulada de los equipos profesionales permite ofrecer una atención sostenida y especializada a un volumen elevado de personas usuarias, manteniendo una capacidad de respuesta constante en el tiempo.

- **Modelo de intervención biopsicosocial y centrado en la persona.**

La mayoría de los recursos declara aplicar un enfoque integral que combina valoración y diagnóstico, tratamiento psicológico, acompañamiento social, intervención familiar y coordinación comunitaria. Este modelo centrado en la persona y su contexto favorece procesos terapéuticos más adaptados, flexibles

y coherentes con la complejidad de las adicciones como problema crónico y multifactorial.

- **Diversificación de dispositivos y modalidades terapéuticas.**

La red ofrece una cartera de servicios diversificada que permite adaptar la intervención a distintos niveles de necesidad: atención ambulatoria, recursos semi-residenciales y residenciales, programas de mantenimiento con agonistas opioides, intervención comunitaria, atención en centros penitenciarios y programas de reinserción social y laboral. Esta diversificación facilita itinerarios personalizados y progresivos de atención.

- **Avances en la coordinación con la red de salud mental y atención a la patología dual.** Se observan progresos relevantes en la integración entre la red de adicciones y la red de salud mental, con un incremento de programas y dispositivos orientados al abordaje de la patología dual. Aunque con margen de mejora, esta coordinación ha permitido ampliar la atención a perfiles clínicos complejos y mejorar la continuidad asistencial en determinados contextos.

- **Implantación de programas de reducción de riesgos y daños con resultados contrastados.**

Canarias cuenta con experiencias consolidadas en tratamientos sustitutivos con metadona y buprenorfina, programas de educación para un consumo más seguro, prevención de sobredosis, acompañamiento en calle, abordaje de ITS/VIH/hepatitis y medidas alternativas a la prisión. Estas intervenciones han demostrado una elevada capacidad de retención y adherencia terapéutica, especialmente en poblaciones con consumos cronificados.

- **Colaboración activa y estructural con el tercer sector.**

La participación de ONG y entidades sociales con amplia trayectoria constituye una fortaleza clave del sistema. Estas entidades aportan proximidad comunitaria, flexibilidad, especialización y capacidad de trabajo con colectivos de alta vulnerabilidad (personas sin hogar, población penitenciaria, mujeres, jóvenes), reforzando el enfoque comunitario y de reducción del daño.

- **Reconocimiento progresivo de la inclusión social como eje del proceso terapéutico.**

La integración de programas de reinserción social y laboral, formación, empleo y acceso a vivienda en los itinerarios de atención refleja una concepción amplia del tratamiento, orientada no solo a la abstinencia o reducción del consumo, sino a la mejora de la autonomía, la calidad de vida y la inclusión social de las personas atendidas.

- **Incorporación gradual de la perspectiva de género en la red asistencial.**

La desagregación de datos por sexo, la existencia de programas específicos para mujeres y experiencias como casas de acogida, recursos penitenciarios con enfoque de género y apoyos a madres en tratamiento evidencian avances en la adaptación de la red a necesidades diferenciales, aunque todavía de forma desigual.

- **Capacidad de adaptación y compromiso profesional de los equipos.**

Entre los aspectos más valorados destacan la cercanía, la calidad humana, la flexibilidad y el alto nivel de compromiso de los equipos profesionales. La capacidad de adaptación ante nuevos perfiles de consumo, cambios normativos

o situaciones de alta complejidad constituye un activo esencial para la sostenibilidad y resiliencia del sistema asistencial.

Oportunidades – Área de Atención Integral y Reducción del Daño

- **Nuevo ciclo de planificación estratégica con el V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030).**

El diseño del V Plan ofrece una oportunidad clave para incorporar de manera sistemática los aprendizajes derivados de la evaluación del IV Plan, corregir desequilibrios detectados y adaptar la red asistencial a las nuevas realidades del consumo. Permite reforzar el enfoque integral, actualizar prioridades (adicciones comportamentales, patología dual, perspectiva de género) y avanzar hacia un modelo más homogéneo, evaluable y sostenible integrado e integral como el de otras áreas asistenciales sanitarias.

- **Avances institucionales en la integración entre salud mental y adicciones.**

La adscripción conjunta de ambas áreas a la Dirección General de Salud Mental y Adicciones crea un marco especialmente favorable para profundizar en la integración funcional de las redes. Existe la oportunidad de consolidar circuitos asistenciales compartidos, protocolos comunes y modelos de atención integrados para la patología dual, mejorando la continuidad clínica y reduciendo la fragmentación asistencial.

- **Innovación y ampliación de las estrategias de reducción de riesgos y daños.**

El contexto actual ofrece una oportunidad para avanzar hacia la implantación o ampliación de estrategias de reducción del daño alineadas con la evidencia científica, como la distribución comunitaria de naloxona, buprenorfina (solución inyectable de duración prolongada) , programas de prevención de sobredosis, espacios de consumo supervisado o intervenciones de baja exigencia. Desde un modelo de salud comunitaria el apoyo de las farmacias es clave. Asimismo, el uso de herramientas digitales permite explorar modelos de seguimiento remoto, apoyo terapéutico online y teleintervención, especialmente útiles en territorios con dificultades de acceso.

- **Disponibilidad de financiación europea, estatal y autonómica vinculada a salud mental e inclusión social.**

La existencia de fondos europeos y nacionales orientados a salud mental, inclusión social, juventud y digitalización representa una oportunidad para reforzar la red asistencial, mejorar infraestructuras, ampliar recursos humanos especializados y desarrollar programas innovadores de reducción del daño y atención comunitaria, superando la lógica de financiación puntual.

- **Potencial de fortalecimiento de la colaboración interinstitucional y comunitaria.**

La amplia experiencia de coordinación con cabildos, ayuntamientos, ONG y entidades del tercer sector constituye una base sólida para avanzar hacia modelos de gobernanza más estables y estructurados. Existen oportunidades claras de generar sinergias con otros planes autonómicos (salud mental, juventud, exclusión social, vivienda) y de incorporar de forma más activa a asociaciones de personas usuarias y familias en el diseño y evaluación de los servicios.

- **Creciente sensibilización social sobre la relación entre salud mental, adicciones y exclusión social.**

El aumento de la visibilidad social y mediática de los problemas de salud mental y adicciones crea un contexto favorable para reducir el estigma, legitimar las estrategias de reducción del daño y promover una mayor implicación comunitaria. Esta sensibilización social puede facilitar el acceso temprano a los recursos y mejorar la aceptación de modelos asistenciales innovadores que diferencien en recursos e integren los procesos sanitarios, sociosanitarios y sociocomunitarios.

- **Desarrollo de programas con perspectiva de género y atención a colectivos específicos.**

Existe una oportunidad clara para ampliar y consolidar programas específicos dirigidos a mujeres, personas en situación de exclusión social, población penitenciaria, personas migrantes y menores, incorporando itinerarios flexibles y adaptados a necesidades diferenciales. El descenso observado en la participación femenina en algunos programas refuerza la necesidad de aprovechar este marco para revisar barreras de acceso y modelos de intervención

- **Impulso a la profesionalización, formación continua e innovación organizativa.**

La demanda expresada por los propios recursos de una formación más práctica, aplicada y actualizada constituye una oportunidad para reforzar la calidad del sistema. El V Plan puede favorecer la creación de espacios estables de intercambio profesional, revisión de programas, incorporación de perfiles multidisciplinares (psicología comunitaria, mediación social, enfermería especializada en adicciones) y mejora de la capacidad de adaptación de los equipos ante nuevos perfiles de consumo.

- **Mejora de los sistemas de información y evaluación asistencial.**

Las limitaciones actuales en la medición de resultados abren una oportunidad estratégica para desarrollar un sistema unificado de información que permita el seguimiento longitudinal de los tratamientos, la evaluación de la eficacia terapéutica y la toma de decisiones basada en evidencia sobre asistencia sanitaria, sociosanitaria y sociocomunitaria. La integración de datos clínicos, sociales y de reducción de daños puede fortalecer significativamente la planificación futura del sistema

DAFO – Área de Atención Integral y Reducción del Daño

DEBILIDADES (Factores internos negativos)	AMENAZAS (Factores externos negativos)
• Desigualdad territorial en la disponibilidad y accesibilidad de recursos asistenciales. • Integración insuficiente entre la red de adicciones y la red de salud mental, especialmente en patología dual. • Cobertura limitada y heterogénea de programas de reducción de riesgos y daños. • Dificultades para garantizar la continuidad asistencial y el seguimiento longitudinal de los tratamientos. • Insuficiencia y desigualdad en los recursos humanos especializados, con sobrecarga	• Incremento y diversificación de adicciones comportamentales y consumos emergentes. • Persistencia del estigma social e institucional hacia las personas con adicciones. • Impacto de la precariedad socioeconómica y la crisis habitacional en la vulnerabilidad al consumo. • Influencia de la publicidad y de los intereses comerciales (alcohol, tabaco, juego online). • Aumento de la complejidad clínica asociada a la salud mental post-COVID y a la patología dual. • Brechas territoriales persistentes en el acceso y la continuidad asistencial.

asistencial e inestabilidad laboral. • Persistencia de estigma y barreras de acceso a los servicios. • Insuficiente incorporación sistemática de la perspectiva de género y de dispositivos diferenciados. • Déficit en la evaluación homogénea de procesos, resultados e impacto. • Aplicación desigual de protocolos de atención integral. • Limitaciones estructurales para sostener programas estables e innovadores.	• Escasez, rotación y sobrecarga de profesionales especializados. • Riesgo de saturación del sistema sanitario y social ante el aumento de la demanda. • Debilidades en la coordinación interinstitucional en casos complejos. • Inestabilidad financiera que amenaza la sostenibilidad de programas clave.
FORTALEZAS (Factores internos positivos)	OPORTUNIDADES (Factores externos positivos)
• Marco normativo y estratégico consolidado (IV Plan Canario), alineado con la Estrategia Nacional. • Red asistencial pública y concertada amplia y con experiencia acumulada. • Modelo de intervención biopsicosocial, integral y centrado en la persona. • Diversificación de dispositivos y modalidades terapéuticas. • Avances en la coordinación con salud mental y atención a la patología dual. • Experiencias consolidadas en programas de reducción de riesgos y daños. • Colaboración activa con el tercer sector y enfoque comunitario de proximidad. • Reconocimiento de la inclusión social como parte del proceso terapéutico. • Incorporación progresiva de la perspectiva de género. • Alto compromiso, cercanía y capacidad de adaptación de los equipos profesionales.	• Nuevo ciclo de planificación con el V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030). • Marco institucional favorable para la integración de la salud mental–adicciones. • Innovación en estrategias de reducción del daño (naloxona, buprenorfina, dispositivos de baja exigencia, teleintervención). • Disponibilidad de fondos europeos y nacionales en salud mental e inclusión social. • Potencial de fortalecimiento de la colaboración interinstitucional y comunitaria. • Mayor sensibilización social sobre salud mental y adicciones. • Desarrollo de programas con perspectiva de género y atención a colectivos específicos. • Impulso a la formación continua y profesionalización especializada. • Mejora potencial de los sistemas de información, seguimiento y evaluación asistencial.

El sistema canario de atención integral y reducción del daño dispone de una red consolidada, con profesionales cualificados, experiencia acumulada y un enfoque biopsicosocial centrado en la persona. No obstante, esta fortaleza convive con desigualdades territoriales significativas que afectan al acceso, la continuidad asistencial y la equidad del sistema, especialmente en islas no capitalinas y zonas rurales.

A pesar de los avances registrados, la atención a la patología dual continúa siendo uno de los principales retos del sistema. La coexistencia de circuitos asistenciales parcialmente diferenciados limita la continuidad clínica y la eficacia terapéutica. Resulta imprescindible consolidar modelos integrados de atención, con protocolos comunes, canales de coordinación ágiles y sistemas de información compartidos.

La reducción del daño constituye un eje reconocido y necesario, pero su implementación sigue siendo desigual y, en algunos contextos, limitada. Esta situación compromete la atención a las personas con consumos más cronificados y a colectivos en situación de alta vulnerabilidad, reforzando la necesidad de ampliar dispositivos de baja exigencia y programas comunitarios basados en evidencia.

El incremento de las adicciones comportamentales, los consumos emergentes y la prevalencia de patología dual, unido al impacto de los determinantes socioeconómicos y a la crisis habitacional, está tensionando la red asistencial. Sin un refuerzo suficiente de recursos humanos, infraestructuras y financiación estable, existe riesgo de saturación y deterioro de la calidad de la atención.

Las actitudes estigmatizantes hacia las personas con adicciones siguen dificultando el acceso temprano a los recursos, la adherencia a los tratamientos y la inclusión social. Combatir el estigma debe considerarse un objetivo transversal del sistema, incorporando enfoques de derechos, género y comunidad en todos los niveles de intervención.

La falta de sistemas homogéneos de información y evaluación impide medir con precisión el proceso, los resultados, la eficacia y el impacto de las intervenciones. Esta carencia limita la toma de decisiones basadas en evidencia y la planificación estratégica a medio y largo plazo.

El diseño del V Plan (2026–2030) se configura como una oportunidad clave para consolidar un modelo asistencial más integrado, equitativo y sostenible. Para ello, será necesario reducir las desigualdades territoriales, reforzar la coordinación efectiva con salud mental, ampliar y normalizar la reducción del daño, estabilizar los equipos profesionales y garantizar financiación suficiente y continuada desde siguiendo un modelo similar al resto de áreas sanitarias.

El futuro del sistema pasa por reforzar un enfoque integral que combine atención sanitaria, intervención social, reducción de riesgos y daños e inclusión social, con una mayor coherencia institucional y comunitaria. Solo desde esta perspectiva será posible dar respuesta eficaz a las nuevas realidades del consumo y a las necesidades de las personas más vulnerables.

Matriz CAME – Área de Atención Integral y Reducción del Daño

CORREGIR (Debilidades)	AFRONTAR (Amenazas)
• Reducir las desigualdades territoriales mediante una planificación autonómica que garantice una cobertura mínima homogénea de recursos en todas las islas. • Avanzar hacia la integración real de las redes de adicciones y salud mental, con protocolos comunes, circuitos compartidos y sistemas de información interoperables. • Ampliar y normalizar la implantación de programas de reducción de riesgos y daños, especialmente los de baja exigencia y comunitarios. • Mejorar la continuidad asistencial mediante seguimiento longitudinal, coordinación entre niveles y reducción del abandono terapéutico. • Reforzar y estabilizar los recursos humanos especializados, reduciendo la sobrecarga asistencial y la rotación de personal. • Incorporar de forma sistemática la perspectiva de género y dispositivos diferenciados para mujeres y otros colectivos específicos. • Implantar un sistema homogéneo de evaluación de resultados, impacto y calidad asistencial.	• Adaptar la red asistencial al crecimiento de las adicciones comportamentales y a los consumos emergentes. • Reforzar el abordaje de la patología dual ante el aumento de la complejidad clínica post-COVID. • Contrarrestar el estigma social e institucional mediante enfoques de derechos, sensibilización y trabajo comunitario. • Priorizar recursos en contextos de mayor vulnerabilidad socioeconómica y exclusión social. • Proteger la sostenibilidad del sistema frente a la presión asistencial y el riesgo de saturación. • Minimizar el impacto de la influencia comercial del alcohol, tabaco y juego online mediante coherencia institucional. • Anticipar la escasez de profesionales con medidas de atracción, fidelización y formación especializada. • Blindar la continuidad de los programas

• Unificar y sistematizar protocolos de atención integral en toda la red.	frente a inestabilidad financiera o cambios coyunturales.
MANTENER (Fortalezas)	EXPLOTAR (Oportunidades)
• Consolidar el marco normativo y estratégico como base del sistema asistencial. • Mantener la red pública de atención especializada y concertada de apoyo y su experiencia acumulada diferenciando funciones según sus competencias. • Preservar el enfoque biopsicosocial, integral y centrado en la persona. • Sustener la diversificación de dispositivos y modalidades terapéuticas. • Reforzar los avances ya iniciados en coordinación con salud mental. • Mantener los programas de reducción de riesgos y daños ya implantados. • Fortalecer la colaboración con el tercer sector y el enfoque comunitario. • Continuar integrando la inclusión social como eje del proceso terapéutico. • Apoyar el compromiso, la cercanía y la capacidad de adaptación de los equipos profesionales.	• Aprovechar el V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030) para institucionalizar un modelo asistencial integrado y equitativo. • Profundizar en la integración salud mental–adicciones bajo un liderazgo único. • Impulsar la innovación en reducción del daño (naloxona comunitaria, baja exigencia, teleintervención). • Captar y consolidar financiación europea, estatal y autonómica para reforzar la red. • Generar sinergias con otros planes autonómicos (salud mental, exclusión social, juventud, vivienda). • Desarrollar programas específicos con perspectiva de género y atención a colectivos vulnerables. • Reforzar la formación continua y la profesionalización especializada. • Desarrollar sistemas avanzados de información, seguimiento y evaluación asistencial.

Tabla DAFO–CAME

Área de Atención Integral y Reducción del Daño**

DAFO (Diagnóstico)	CAME (Estrategia de respuesta)
DEBILIDADES • Desigualdad territorial en el acceso a recursos. • Integración insuficiente entre adicciones y salud mental. • Desarrollo desigual de la reducción de riesgos y daños. • Dificultades en la continuidad asistencial. • Escasez y sobrecarga de profesionales especializados. • Persistencia del estigma y barreras de acceso. • Insuficiente perspectiva de género y atención diferenciada. • Déficit de evaluación homogénea y de protocolos comunes.	CORREGIR • Garantizar una cobertura territorial mínima y homogénea. • Implantar circuitos asistenciales integrados adicciones–salud mental. • Normalizar y ampliar programas de reducción del daño, especialmente de baja exigencia. • Mejorar el seguimiento longitudinal y reducir el abandono terapéutico. • Reforzar y estabilizar los equipos profesionales especializados. • Incorporar enfoques de derechos, género y reducción del estigma. • Unificar protocolos y desarrollar un sistema común de evaluación y resultados.
AMENAZAS • Incremento de adicciones comportamentales y consumos emergentes. • Aumento de la complejidad clínica y de la patología dual. • Presión de factores socioeconómicos y crisis habitacional. • Influencia de la industria del alcohol, tabaco y juego online. • Riesgo de saturación del sistema sanitario y social. • Escasez y rotación de profesionales	AFRONTAR • Adaptar la red a nuevos perfiles de consumo y mayor complejidad clínica. • Reforzar el abordaje integral de la patología dual. • Priorizar recursos en contextos de mayor vulnerabilidad social. • Asegurar coherencia institucional frente a la presión comercial. • Planificar refuerzos estructurales para evitar la saturación del sistema. • Implementar estrategias de atracción, fidelización y formación profesional.

especializados. • Inestabilidad financiera de los programas.	• Blindar la continuidad de los programas mediante financiación estable.
FORTALEZAS • Marco normativo y estratégico consolidado. • Red asistencial pública y concertada con experiencia. • Enfoque biopsicosocial centrado en la persona. • Diversificación de dispositivos terapéuticos. • Avances en coordinación con salud mental. • Colaboración activa con el tercer sector. • Compromiso y capacidad de adaptación de los equipos.	MANTENER • Consolidar el marco estratégico como base del sistema. • Sostener y reforzar la red asistencial existente. • Preservar el enfoque integral y centrado en la persona. • Mantener la diversidad de recursos y modalidades de atención. • Profundizar en la coordinación ya iniciada con salud mental. • Reforzar la colaboración comunitaria y con el tercer sector. • Apoyar la estabilidad y el bienestar de los equipos profesionales.
OPORTUNIDADES • V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030). • Integración institucional salud mental–adicciones. • Innovación en reducción del daño y atención comunitaria. • Fondos europeos y estatales en salud mental e inclusión social. • Mayor sensibilización social sobre las adicciones. • Desarrollo de programas con perspectiva de género. • Interés creciente en formación especializada.	EXPLOTAR • Institucionalizar un modelo asistencial integrado, equitativo y sostenible. • Desarrollar plenamente la atención integrada a la patología dual. • Implantar estrategias innovadoras de reducción del daño y teleintervención. • Captar financiación estructural para reforzar recursos y equipos. • Impulsar campañas de sensibilización y reducción del estigma. • Ampliar programas específicos para mujeres y colectivos vulnerables. • Crear itinerarios estables de formación y profesionalización especializada.

8.3.8 Área 11. Incorporación Social y Laboral

Debilidades – Área 11. Incorporación Social y Laboral

- **Desigualdad territorial en el acceso a recursos.**
La oferta de programas de incorporación social y laboral se concentra principalmente en las islas capitalinas, existiendo una cobertura insuficiente en islas no capitalinas y zonas no metropolitanas, lo que genera inequidades en el acceso a oportunidades de reinserción.
- **Falta de itinerarios integrados y continuos.**
La reincorporación social y laboral no siempre se articula como un proceso continuo desde el tratamiento hasta la inclusión plena, persistiendo una fragmentación entre los dispositivos de salud, servicios sociales, empleo, formación y vivienda.
- **Mercado laboral limitado y precarizado.**
El elevado desempleo estructural y la alta temporalidad del mercado laboral canario dificultan la inserción de personas en recuperación, a lo que se suma una oferta formativa que no siempre se ajusta a las necesidades reales de empleabilidad.
- **Estigma social y laboral persistente.**
Persisten prejuicios y barreras culturales hacia las personas con historial de adicciones, lo que reduce significativamente sus oportunidades de acceso y mantenimiento de empleo y dificulta su integración comunitaria.
- **Insuficiencia de programas específicos para colectivos vulnerables.**
Existe una carencia de itinerarios diferenciados para mujeres (especialmente con cargas familiares), jóvenes en riesgo, personas sin hogar, población penitenciaria o colectivos LGTBI, así como una escasez de medidas de conciliación que faciliten la participación en los programas.
- **Dependencia de financiación inestable y proyectos temporales.**
Muchos programas dependen de subvenciones anuales o fondos externos, lo que limita su sostenibilidad y continuidad, generando riesgo de interrupción de recursos clave para los procesos de reinserción.
- **Coordinación interinstitucional insuficiente.**
Aunque existen convenios y experiencias de colaboración, la articulación entre sanidad, empleo, educación y servicios sociales sigue siendo irregular y poco sistematizada, dificultando la continuidad de los itinerarios individualizados.
- **Limitaciones en el reconocimiento como colectivo prioritario.**
Las personas con problemas de adicciones no siempre son reconocidas como colectivo vulnerable en el acceso a políticas activas de empleo, lo que reduce las oportunidades de discriminación positiva y apoyo específico.

Amenazas – Área 11. Incorporación Social y Laboral

- **Alto desempleo estructural en Canarias.**
Canarias presenta una de las tasas de desempleo más elevadas del Estado, con especial incidencia en jóvenes y mujeres, lo que reduce significativamente las oportunidades de inserción laboral para personas en proceso de recuperación de adicciones.

- **Precariedad y temporalidad del mercado laboral.**
El predominio de contratos temporales, empleo estacional y baja estabilidad dificulta la consolidación de procesos de incorporación social y laboral sostenidos en el tiempo, aumentando el riesgo de recaídas y exclusión social.
- **Estigma social y laboral persistente.**
Persisten prejuicios y desconfianza por parte de empleadores y entornos laborales hacia personas con antecedentes de adicciones, lo que limita el acceso al empleo normalizado y refuerza dinámicas de exclusión.
- **Crisis socioeconómicas y aumento de la vulnerabilidad social.**
Factores como la inflación, la crisis de vivienda, la pobreza estructural y la precariedad económica incrementan las situaciones de exclusión social y dificultan la reintegración plena, incluso cuando existen procesos terapéuticos exitosos.
- **Desigualdades territoriales en recursos de empleo y formación.**
En las islas no capitalinas y zonas no metropolitanas existe una menor disponibilidad de recursos de formación, orientación y empleo adaptados a personas en proceso de recuperación, lo que genera brechas territoriales en la inserción sociolaboral.
- **Desajuste entre oferta formativa y demanda laboral.**
Los programas de formación y capacitación no siempre se alinean con los sectores económicos emergentes (digitalización, energías renovables, economía azul, cuidados), lo que reduce la empleabilidad real de las personas beneficiarias.
- **Dependencia de financiación inestable.**
Una parte relevante de los programas de incorporación social y laboral depende de convocatorias anuales o fondos externos, generando incertidumbre, discontinuidad de los recursos y dificultad para planificar procesos de inserción a medio y largo plazo.
- **Impacto de nuevas adicciones y patología dual.**
El incremento de adicciones comportamentales y de situaciones de patología dual exige apoyos más especializados y prolongados en los procesos de reintegración, lo que puede tensionar los recursos existentes si no se refuerzan adecuadamente.

Fortalezas – Área 11. Incorporación Social y Laboral

- **Reconocimiento estratégico de la inclusión social y laboral.**
El IV Plan Canario sobre Adicciones reconoce explícitamente la incorporación social y laboral como un eje esencial del proceso de recuperación, situándola como un factor clave para la consolidación del cambio y la prevención de recaídas.
- **Existencia de programas específicos de reinserción.**
Canarias dispone de recursos y programas orientados a la reinserción social y laboral, incluyendo formación prelaboral, talleres ocupacionales, empleo protegido y proyectos de acompañamiento sociolaboral. Se cuenta además con una experiencia acumulada en comunidades terapéuticas y centros de día que integran actividades socioeducativas y laborales como parte del proceso terapéutico.

- **Amplia implicación del tercer sector.**
ONG, asociaciones y entidades sin ánimo de lucro desempeñan un papel fundamental en la incorporación social y laboral, aportando experiencia, cercanía y capacidad de acompañamiento individualizado a personas en situación de vulnerabilidad..Existe un trabajo comunitario consolidado con colectivos en riesgo de exclusión social.
- **Apoyo institucional y financiación pública.**
La existencia de convenios y líneas de colaboración entre el Gobierno de Canarias, cabildos y ayuntamientos facilita el desarrollo de programas de empleo, formación y acompañamiento social dirigidos a personas con problemas de adicciones.
- **Incorporación de la perspectiva de género y atención a colectivos vulnerables.**
El IV Plan contempla la necesidad de diseñar itinerarios específicos para mujeres, jóvenes, personas en situación de exclusión social y población penitenciaria, incorporando progresivamente la perspectiva de género en la planificación, seguimiento e indicadores.
- **Integración progresiva con otros sistemas de protección.**
Se observa un avance en la coordinación con los sistemas de servicios sociales, empleo y formación, lo que favorece itinerarios de inserción más amplios y coherentes.
Existen primeras experiencias positivas que vinculan empleo protegido, formación y acompañamiento social.
- **Valorización de la formación como herramienta de inclusión.** Los programas incorporan formación adaptada a las capacidades y necesidades individuales, utilizando itinerarios progresivos de aprendizaje que refuerzan la autoestima, la autonomía personal y la empleabilidad.

Oportunidades – Área 11. Incorporación Social y Laboral

- **Nuevo ciclo de planificación estratégica (V Plan Canario sobre Adicciones 2026-2030).**
El diseño del V Plan ofrece la oportunidad de reforzar la incorporación social y laboral como eje estratégico, incorporando los aprendizajes derivados de la evaluación del IV Plan y avanzando hacia un modelo más estructural, homogéneo y sostenible.
- **Disponibilidad de financiación europea y nacional.**
La existencia de fondos europeos y estatales (Next Generation EU, Fondo Social Europeo Plus y otras líneas de empleo e inclusión) permite impulsar programas de inserción sociolaboral, formación profesional, digitalización y empleo juvenil, favoreciendo la estabilidad de los recursos.
- **Emergencia de nuevos sectores de empleo en Canarias.**
El crecimiento de sectores como las energías renovables, la digitalización, la economía azul, el turismo sostenible y los cuidados abre oportunidades para diseñar itinerarios formativos y laborales adaptados a personas en proceso de recuperación.
- **Impulso de la economía social y solidaria.**
Existe un contexto favorable para promover cooperativas, empresas de inserción, empleo protegido y fórmulas de economía social, especialmente

vinculadas al tercer sector, como vía de acceso progresivo al empleo normalizado.

- **Mayor sensibilización social hacia la salud mental y la inclusión.**

El aumento de la conciencia social sobre la salud mental y la inclusión social favorece un entorno más receptivo para reducir el estigma, promover políticas inclusivas y facilitar la contratación de personas con trayectorias de exclusión o adicciones.

- **Avances en la coordinación interinstitucional.**

El fortalecimiento de la coordinación entre sanidad, empleo, servicios sociales, educación y juventud representa una oportunidad para consolidar itinerarios integrados, continuos y centrados en la persona, tal como plantea el objetivo específico del Plan.

- **Digitalización de la formación y el empleo.**

El desarrollo de herramientas digitales y plataformas online facilita la capacitación, el acompañamiento y la empleabilidad, permitiendo llegar a personas residentes en islas no capitalinas o con dificultades de movilidad.

- **Atención específica a colectivos vulnerables.**

Existe margen para diseñar programas diferenciados y con enfoque interseccional dirigidos a mujeres, jóvenes en riesgo, personas en exclusión social, población penitenciaria, personas migrantes y colectivos LGTBIQ+, reforzando la equidad del sistema.

TABLA DAFO – INCORPORACIÓN SOCIAL Y LABORAL (ÁREA 11)

DEBILIDADES	AMENAZAS
• Desigual acceso territorial a los recursos de incorporación social y laboral, con mayor concentración en islas capitalinas y cobertura limitada en islas no capitalinas y zonas rurales. • Falta de itinerarios integrados y continuos que aseguren la transición desde el tratamiento a la inclusión social y laboral estable. • Fragmentación entre dispositivos de salud, servicios sociales, empleo y vivienda, con coordinación interinstitucional desigual. • Oferta formativa y laboral poco adaptada a las necesidades reales de empleabilidad y al contexto insular. • Insuficiencia de programas específicos para colectivos especialmente vulnerables (mujeres, personas sin hogar, jóvenes en riesgo, población penitenciaria, personas trans). • Escasez de convenios estables con empresas y economía social. • Dependencia de financiación externa y proyectos temporales que dificultan la sostenibilidad de los programas.	• Contexto estructural de desempleo, temporalidad y precariedad del mercado laboral canario, que dificulta la inserción sostenible de personas con historial de adicciones. • Estigmatización social y laboral persistente hacia personas con problemas de adicciones, que reduce oportunidades reales de empleo. • Insuficiente reconocimiento de las personas con adicciones como colectivo prioritario en políticas activas de empleo. • Inestabilidad económica y dependencia de ciclos de financiación pública y subvenciones. • Resistencia del tejido empresarial a la contratación en empleo normalizado. • Riesgo de recaída y abandono de procesos de inserción ante la falta de estabilidad social y laboral. • Brecha de género persistente en acceso al empleo y conciliación familiar.

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
------------	---------------

• Existencia de una red consolidada de entidades del tercer sector con amplia experiencia en acompañamiento sociolaboral. • Intervención basada en itinerarios personalizados y acompañamiento integral. • Reconocimiento del empleo como factor terapéutico clave en la recuperación. • Experiencias exitosas de inserción y mantenimiento del empleo en algunos programas. • Incorporación progresiva de vivienda, formación y apoyo psicosocial en los procesos de reinserción. • Capacidad de algunos recursos para visibilizar realidades emergentes (LGTBI, chemsex, interseccionalidad). • Incremento significativo de personas atendidas en programas de empleabilidad y empleo (2022–2025).	• Nuevo ciclo de planificación (Plan Canario sobre Adicciones 2025–2030) que permite reforzar la inserción sociolaboral como eje estructural. • Posibilidad de reforzar la coordinación con el Servicio Canario de Empleo, cabildos y políticas activas de empleo. • Desarrollo de empresas de inserción, economía social y empleo protegido. • Fondos europeos y estatales orientados a inclusión social, empleo y economía social. • Impulso de formación certificada, competencias digitales y autoempleo adaptado. • Oportunidad de aplicar medidas de discriminación positiva para colectivos especialmente vulnerables. • Mayor sensibilización institucional y social sobre inclusión, salud mental y adicciones.
--	--

Conclusiones del DAFO – Área de Incorporación Social y Laboral

El análisis DAFO del Área de Incorporación Social y Laboral pone de manifiesto que la inclusión sociolaboral constituye un factor clave y terapéutico en los procesos de recuperación, reconocido de forma explícita en el IV Plan Canario sobre Adicciones y ampliamente asumido por las entidades que intervienen en este ámbito.

Como principal fortaleza, destaca la existencia de una red de recursos especializados, especialmente impulsados por el tercer sector, que desarrollan itinerarios individualizados de acompañamiento social, orientación laboral, formación y apoyo en el empleo. Estos recursos aportan una visión integral de la reinserción, incorporando el empleo como elemento central para la autonomía, la estabilidad y la consolidación del cambio, con experiencias exitosas de inserción y mantenimiento del empleo en empresa normalizada.

No obstante, el análisis evidencia debilidades estructurales persistentes que limitan el impacto global de las actuaciones. Entre ellas, sobresalen la desigualdad territorial en el acceso a recursos, la fragmentación de los itinerarios entre tratamiento, servicios sociales y empleo, la dependencia de financiación temporal y la insuficiente coordinación interinstitucional. A ello se suma el estigma social y laboral, que continúa siendo una de las principales barreras para la integración efectiva de las personas con antecedentes de adicciones.

Desde el entorno externo, el contexto socioeconómico de Canarias plantea amenazas relevantes, como el elevado desempleo estructural, la precariedad laboral, la crisis de vivienda y la vulnerabilidad social creciente, que dificultan la estabilidad de los procesos de incorporación social y laboral. Asimismo, el aumento de la patología dual y de las adicciones comportamentales introduce nuevas demandas de apoyo especializado que tensionan los recursos existentes.

Paralelamente, se identifican oportunidades estratégicas de alto potencial de cara al próximo ciclo de planificación. La elaboración del V Plan Canario sobre Adicciones, junto con la disponibilidad de fondos europeos y nacionales, la emergencia de nuevos sectores económicos y el impulso de la economía social y solidaria, ofrecen

un marco favorable para consolidar un modelo más estructural, estable y equitativo de inclusión sociolaboral. La digitalización de la formación y la creciente sensibilización social hacia la salud mental y la inclusión refuerzan este escenario de oportunidad.

En conjunto, el DAFO señala la necesidad de evolucionar desde intervenciones valiosas pero fragmentadas hacia un modelo común, integrado y sostenido, que garantice continuidad entre tratamiento, acompañamiento social y empleo, refuerce la corresponsabilidad institucional y promueva alianzas estables con el tejido empresarial. Situar la incorporación social y laboral como eje prioritario y estructural de las políticas públicas de adicciones se presenta como una condición indispensable para mejorar la eficacia, la equidad territorial y el impacto a largo plazo de la intervención en Canarias.

Matriz CAME – Área 11. Incorporación Social y Laboral

CORREGIR (Debilidades)	AFRONTAR (Amenazas)
• Reducir las desigualdades territoriales mediante la extensión de recursos de inserción social y laboral a islas no capitalinas y zonas rurales. • Diseñar itinerarios integrados y continuos que conectan tratamiento, acompañamiento social, formación, empleo y vivienda. • Reforzar la coordinación interinstitucional entre salud, servicios sociales, empleo, vivienda y educación. • Aumentar la oferta de programas específicos para colectivos vulnerables (mujeres, jóvenes, personas sin hogar, población penitenciaria). • Garantizar financiación estable y plurianual para asegurar la continuidad de los programas de inserción. • Mejorar la colaboración estable con el tejido empresarial y la prospección laboral.	• Afrontar el alto desempleo estructural en Canarias mediante itinerarios protegidos, empleo tutelado y empresas de inserción. • Mitigar la precariedad y temporalidad laboral priorizando empleos estables y procesos de inserción a medio plazo. • Combatir el estigma social y laboral con campañas de sensibilización dirigidas a empresas y agentes económicos. • Reducir el impacto de crisis socioeconómicas mediante apoyos sociales complementarios (vivienda, ayudas económicas, acompañamiento). • Adaptar los programas formativos a sectores emergentes (digitalización, economía verde, cuidados, economía azul). • Anticipar el impacto de nuevas adicciones y patología dual reforzando apoyos especializados en los procesos de reintegración.
MANTENER (Fortalezas)	EXPLOTAR (Oportunidades)
• Mantener el enfoque integral de la reinserción como parte del proceso terapéutico. • Consolidar los itinerarios individualizados y el acompañamiento social personalizado. • Preservar la colaboración del tercer sector y su experiencia en inserción laboral. • Mantener los programas que incorporan empleo desde fases tempranas del tratamiento. • Potenciar el valor terapéutico del empleo en la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas. • Continuar visibilizando realidades emergentes (LGTBI, chemsex, interseccionalidades).	• Aprovechar el nuevo ciclo del V Plan Canario para consolidar la inserción sociolaboral como eje estructural. • Utilizar fondos europeos y nacionales para reforzar programas de empleo, formación y vivienda. • Reforzar alianzas con el Servicio Canario de Empleo, cabildos y economía social. • Desarrollar medidas de discriminación positiva para colectivos especialmente vulnerables. • Impulsar formación profesional certificada y competencias digitales como vía de empleabilidad. • Posicionar la inserción laboral como política pública clave contra la exclusión social.

Tabla DAFO – CAME | Área de Incorporación Social y Laboral

DAFO (Diagnóstico)	CAME (Estrategia de respuesta)
DEBILIDADES • Desigual acceso territorial a recursos de inserción sociolaboral. • Falta de itinerarios integrados y continuidad entre tratamiento, acompañamiento social y empleo. • Oferta laboral limitada y precariedad del mercado de trabajo. • Estigmatización social y laboral de las personas en recuperación. • Insuficiencia de programas específicos para colectivos vulnerables. • Dependencia de financiación anual y proyectos temporales. • Coordinación interinstitucional mejorable.	CORREGIR • Garantizar cobertura mínima insular y reforzar recursos en islas no capitalinas y zonas rurales. • Implantar un modelo común de itinerarios integrados y sostenidos en el tiempo. • Reforzar empleo protegido, empleo con apoyo y formación adaptada a la empleabilidad real. • Desarrollar acciones de sensibilización y protocolos de no discriminación en el empleo. • Diseñar itinerarios diferenciados (mujeres, jóvenes, personas sin hogar, población penitenciaria, personas trans). • Avanzar hacia la financiación estructural y plurianual de los programas. • Fortalecer la articulación entre sanidad, servicios sociales, empleo, educación y vivienda.
AMENAZAS • Alta tasa de desempleo estructural en Canarias. • Precariedad y temporalidad laboral. • Persistencia del estigma social y laboral. • Crisis socioeconómicas y vulnerabilidad social creciente. • Desigualdades territoriales en recursos formativos y de empleo. • Desajuste entre oferta formativa y sectores emergentes. • Financiación inestable de programas. • Mayor complejidad por patología dual y nuevas adicciones.	AFRONTAR • Integrar la inserción sociolaboral en las políticas activas de empleo y planes de inclusión. • Priorizar empleo estable y seguimiento en el puesto de trabajo. • Implicar al tejido empresarial mediante incentivos y responsabilidad social corporativa. • Incorporar apoyos sociales (vivienda, ingresos, salud mental) en los itinerarios de inserción. • Utilizar herramientas digitales y recursos itinerantes para mejorar el acceso. • Adaptar la formación a nuevos nichos de empleo (economía verde, digital, cuidados). • Diversificar fuentes de financiación y asegurar continuidad institucional. • Reforzar apoyos especializados y coordinación con salud mental. Adaptar la red a nuevos perfiles de consumo y mayor complejidad clínica.
FORTALEZAS • Reconocimiento institucional de la inclusión sociolaboral como eje del Plan. • Existencia de programas y recursos de reinserción. • Amplia implicación del tercer sector. • Experiencia en itinerarios individualizados. Integración progresiva con servicios sociales y empleo. • Valorización de la formación como herramienta de inclusión.	MANTENER • Consolidar la inserción social y laboral como componente esencial del proceso terapéutico. • Reforzar y ampliar los programas con mejores resultados. • Fortalecer su papel como agente clave en el acompañamiento y la inserción. • Preservar el enfoque personalizado y el acompañamiento continuado. • Profundizar en la coordinación intersistémica. • Continuar desarrollando formación adaptada y progresiva.
OPORTUNIDADES • Diseño del V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030). • Fondos europeos y nacionales disponibles. • Nuevos sectores económicos emergentes. Impulso a la economía social y solidaria. • Mayor sensibilización social hacia la salud mental y la inclusión. • Digitalización de la formación y el empleo.	EXPLOTAR • Situar la inclusión sociolaboral como eje estratégico estructural del nuevo Plan. • Captar financiación FSE+, Next Generation y fondos estatales para programas estables. • Orientar la inserción laboral hacia sectores con mayor empleabilidad futura. • Fomentar empresas de inserción, cooperativas y empleo protegido.

• Atención específica a colectivos vulnerables.	• Reducir estigmas y favorecer la contratación inclusiva. • Ampliar la cobertura territorial mediante formación y acompañamiento online. • Diseñar programas diferenciales con enfoque de equidad y género.
---	---

8.3.9 Área 12. Reducción de la Oferta

Debilidades en el Área de Control de la Oferta

- **Alta disponibilidad percibida de sustancias.**
Los datos muestran una elevada percepción de facilidad de acceso a alcohol, cannabis y otras sustancias ilegales, especialmente entre adolescentes y jóvenes, lo que indica un control insuficiente de la oferta real y percibida. La normalización social del consumo reduce la eficacia de las medidas de control existentes.
- **Insuficiente control de la venta y suministro de alcohol.**
Persisten incumplimientos en la venta de alcohol a menores, especialmente en pequeños comercios, eventos festivos, ocio nocturno y contextos informales (botellón). A ello se suma la falta de inspecciones sistemáticas y sanciones disuasorias continuadas.
- **Débil regulación en contextos de ocio y festivos.**
Los entornos de ocio nocturno, fiestas populares y eventos masivos siguen siendo espacios de alta exposición y acceso a sustancias, con controles irregulares y desiguales según territorio. Escasa coordinación entre prevención, control policial y reducción de riesgos en estos contextos.
- **Desigualdad territorial en los mecanismos de control** con diferencias significativas entre islas capitalinas y no capitalinas, así como entre municipios, en recursos de inspección, vigilancia y aplicación normativa. Menor capacidad de control en zonas rurales y municipios pequeños.
- **Limitada adaptación a nuevas formas de oferta.**
Dificultad para abordar canales emergentes de acceso, como venta informal a través de redes sociales y mensajería, apuestas online y juegos digitales con alta accesibilidad y uso indebido de medicamentos y fármacos sin prescripción. El marco regulador y mecanismos de control son poco ágiles frente a estos cambios.
- **Escasa coordinación interinstitucional.**
Falta de una estrategia plenamente integrada entre fuerzas y cuerpos de seguridad, salud pública y juventud, educación y servicios sociales. El control de la oferta se aborda de forma fragmentada, con escasa retroalimentación con los sistemas preventivos y asistenciales.
- **Prioridad limitada del control de la oferta en políticas locales.**
En muchos contextos municipales, el control de la oferta queda subordinado a intereses económicos, turísticos o festivos. A ello se añade la falta de liderazgo político sostenido para aplicar medidas impopulares pero necesarias.
- **Déficit de datos operativos y evaluación.**
Escasez de indicadores homogéneos y actualizados sobre inspecciones realizadas, sanciones aplicadas e impacto real de las medidas de control sobre el consumo. Dificultad para evaluar la eficacia de las actuaciones y reorientarlas en función de resultados.
- **Normalización cultural y tolerancia social.**

Amplia aceptación social del consumo de alcohol y cannabis, especialmente en población joven, que debilita la legitimidad social del control de la oferta. Mensajes contradictorios entre prevención, regulación y prácticas sociales.

- **Limitaciones normativas y sancionadoras.**

Marco normativo percibido como poco disuasorio en algunos ámbitos. Largos plazos administrativos y escasa visibilidad de las sanciones reducen el efecto preventivo del control.

Amenazas en el Área de Control de la Oferta (Canarias)

- **Normalización social del consumo.**

La amplia aceptación cultural del alcohol, el cannabis y el juego reduce la legitimidad social de las medidas de control. Riesgo de rechazo ciudadano ante políticas restrictivas, especialmente en contextos festivos y turísticos.

- **Presión económica del sector turístico y del ocio.**

El peso del turismo y la hostelería en Canarias puede generar resistencia a reforzar controles sobre alcohol, apuestas y ocio nocturno. Conflicto entre intereses económicos y objetivos de salud pública.

- **Expansión de canales digitales e informales de oferta.**

Crecimiento de la venta y distribución de sustancias a través de redes sociales y mensajería instantánea así como en plataformas digitales de apuestas y juego online. Dificultad de supervisión y persecución efectiva de estas vías.

- **Rápida aparición de nuevas sustancias y productos.**

Nuevas sustancias sintéticas, cannabinoides, fármacos de uso indebido y productos emergentes superan la capacidad de respuesta normativa y operativa. Riesgo de desfase entre regulación y realidad del mercado.

- **Desigualdad territorial persistente.**

Menor capacidad de control en islas no capitalinas y municipios pequeños, lo que favorece mercados informales y menor percepción de riesgo y control. Incremento de inequidades territoriales en la exposición a sustancias.

- **Cambios políticos e inestabilidad institucional.** Alternancia política y cambios en prioridades pueden debilitar la continuidad de las estrategias de control. Riesgo de desmantelamiento o debilitamiento de líneas de actuación ya iniciadas.

- **Limitación de recursos humanos y materiales.**

Posibles recortes presupuestarios o falta de inversión sostenida en inspección, vigilancia y control. Sobrecarga de fuerzas de seguridad y servicios de inspección.

- **Insuficiente coordinación normativa entre niveles administrativos.**

Diferencias en ordenanzas municipales y aplicación de la normativa autonómica generan vacíos legales y confusión. Riesgo de desplazamiento de la oferta hacia territorios con controles más laxos.

- **Baja percepción de riesgo en población joven.**

La facilidad de acceso y la baja percepción de daño favorecen la demanda y refuerzan la oferta. Amenaza directa a la eficacia de las políticas de control si no se acompaña de prevención estructural.

- **Influencia de la publicidad y el marketing.**
Estrategias comerciales agresivas de alcohol, apuestas y productos relacionados, especialmente en entornos digitales. Dificultad para limitar la exposición de menores y jóvenes a estos mensajes.

Fortalezas en el Área de Control de la Oferta

- **Marco normativo estatal y autonómico consolidado.**
Canarias dispone de un marco legal que regula la venta, distribución y consumo de sustancias legales (alcohol, tabaco, juego), alineado con la Estrategia Nacional sobre Adicciones y la normativa europea.
- **Competencias claras de las administraciones públicas.**
Existe una delimitación formal de competencias entre Gobierno de Canarias, cabildos y ayuntamientos en materia de inspección, ordenación del ocio, salud pública y control del juego.
- **Experiencia de las fuerzas y cuerpos de seguridad.**
Las policías autonómica, local y estatal cuentan con experiencia en control del tráfico y consumo de sustancias, así como en actuaciones preventivas en eventos festivos y espacios públicos.
- **Existencia de servicios de inspección y vigilancia.**
Canarias dispone de servicios de inspección en ámbitos clave (sanidad, consumo, juego, espectáculos públicos) que permiten actuar sobre establecimientos y actividades reguladas.
- **Integración del control de la oferta en el IV Plan Canario sobre Adicciones.**
El IV Plan reconoce el control de la oferta como un eje necesario y complementario a la prevención, el tratamiento y la reducción de daños.
- **Coordinación con planes y estrategias estatales.**
Las actuaciones en control de la oferta se benefician de la coherencia con planes nacionales (alcohol, tabaco, juego), lo que facilita el acceso a directrices comunes y recursos técnicos.
- **Capacidad de actuación en entornos regulados.**
Existe mayor capacidad de control en establecimientos de hostelería y ocio nocturno, salones de juego y apuestas así como en eventos públicos y festivos donde la normativa permite inspección, sanción y clausura.
- **Disponibilidad de datos sobre consumo y percepción de accesibilidad.**
Las encuestas EDADES y ESTUDES aportan información relevante sobre disponibilidad percibida, edad de inicio y patrones de consumo, útil para orientar las políticas de control.
- **Experiencia en medidas de control del acceso de menores.**
Existen precedentes de campañas e inspecciones orientadas a impedir el acceso de menores a alcohol, tabaco y juego, con aprendizajes acumulados.
- **Reconocimiento institucional de la necesidad de reforzar el control.**
Desde el ámbito político y técnico existe un consenso creciente sobre la necesidad de fortalecer el control de la oferta como medida estructural de salud pública.

Oportunidades – Área de Control de la Oferta

- **Diseño del V Plan Canario sobre Adicciones (2026-2030).**
Oportunidad de reforzar el control de la oferta como eje estratégico, incorporando aprendizajes de la evaluación del IV Plan. Posibilidad de clarificar competencias y mejorar la coherencia entre prevención, control y sanción.
- **Avances en normativa y regulación estatal y europea.**
Marco legal más restrictivo frente a la publicidad de alcohol, apuestas y juego online, especialmente dirigida a menores y jóvenes. Oportunidad de adaptar y reforzar su aplicación en el contexto canario.
- **Uso de nuevas tecnologías para la inspección y control.**
Implementación de herramientas digitales para mejorar la trazabilidad, inspección y detección de infracciones (ventas a menores, publicidad ilegal, locales de juego). Posibilidad de sistemas de información compartidos entre administraciones y cuerpos de control.
- **Mayor sensibilización social sobre riesgos asociados a la oferta.**
Creciente preocupación social por el impacto del alcohol, el juego y las adicciones digitales facilita la aceptación de medidas regulatorias más estrictas. Contexto favorable para reforzar mensajes de corresponsabilidad social y empresarial.
- **Coordinación interinstitucional e intersectorial.**
Oportunidad de fortalecer la colaboración entre sanidad, consumo, seguridad, educación, juventud y justicia para una respuesta integral. Potencial para crear protocolos comunes de actuación y control de la oferta.
- **Impulso a la prevención ambiental.**
Integración del control de la oferta en estrategias de prevención ambiental (disponibilidad, accesibilidad, horarios, espacios de consumo). Posibilidad de intervenir en entornos clave como ocio nocturno, eventos festivos y zonas turísticas.
- **Disponibilidad de fondos europeos y estatales.**
Acceso a financiación para modernización administrativa, formación de personal inspector y campañas de sensibilización dirigidas a sectores económicos. Apoyo a proyectos innovadores de control y reducción de riesgos.
- **Colaboración con el sector empresarial responsable.**
Oportunidad de promover acuerdos con hostelería, comercio y plataformas digitales para fomentar prácticas responsables y cumplimiento normativo, incentivar la autorregulación y la responsabilidad social corporativa.
- **Atención prioritaria a colectivos vulnerables.**
Posibilidad de reforzar el control de la oferta en entornos frecuentados por menores, jóvenes y personas en situación de vulnerabilidad social.

TABLA DAFO – ÁREA DE CONTROL DE LA OFERTA

DEBILIDADES	AMENAZAS
• Fragmentación competencial entre administraciones (autonómica, insular y local). • Insuficiente coordinación operativa entre sanidad, consumo, seguridad y justicia. • Limitada capacidad inspectora y de control, especialmente a nivel municipal. • Débil control de la publicidad, promoción y patrocinio, sobre todo en entornos digitales. • Escasez de formación especializada del personal inspector y sancionador. • Aplicación desigual del régimen sancionador y escasa percepción de consecuencias. • Falta de sistemas de información integrados para seguimiento y evaluación.	• Alta disponibilidad social de alcohol, cannabis y juego, especialmente en entornos turísticos y de ocio. • Normalización cultural del consumo y baja percepción de riesgo. • Presión económica y comercial de sectores vinculados a alcohol, juego y ocio nocturno. • Expansión rápida del juego online y de nuevas formas de oferta digital difíciles de regular. • Desigualdad territorial en la aplicación del control de la oferta (islas no capitalinas y zonas rurales). • Inestabilidad política o cambios normativos que debiliten la continuidad de las medidas. • Competencia con otras prioridades de seguridad, consumo o salud pública.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
• Reconocimiento del control de la oferta como eje estratégico en el IV Plan Canario. • Existencia de un marco normativo estatal y autonómico que respalda la regulación. • Experiencia previa de cuerpos de inspección, policía y servicios de consumo. • Posibilidad de actuación desde la prevención ambiental. • Coordinación incipiente con ámbitos de prevención, juventud y salud pública. • Capacidad de actuación en entornos clave (eventos, ocio nocturno, turismo). • Potencial de colaboración con sectores empresariales responsables.	• Diseño del V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030) para reforzar el control de la oferta. • Avances normativos estatales y europeos en publicidad y protección de menores. • Uso de nuevas tecnologías para inspección, control y trazabilidad. • Mayor sensibilización social sobre los riesgos del alcohol, el juego y las adicciones digitales. • Disponibilidad de fondos europeos y estatales para modernización y formación. • Impulso de la coordinación interinstitucional e intersectorial. • Promoción de acuerdos de autorregulación y responsabilidad social corporativa.

Conclusiones del DAFO – Área de Control de la Oferta

El análisis DAFO muestra que, aunque existe un marco normativo y estructuras de control de la oferta consolidadas, persisten debilidades relevantes en la coordinación interinstitucional y en la aplicación homogénea de las medidas entre territorios. Esto limita la eficacia global del control de la oferta y genera desigualdades en la protección de la población.

Las desigualdades entre islas capitalinas y no capitalinas siguen siendo una debilidad estructural. La menor presencia de recursos de inspección, control y vigilancia en determinados territorios incrementa el riesgo de accesibilidad a sustancias y de incumplimiento normativo, especialmente en contextos de ocio y consumo normalizado.

La normalización social del alcohol, el cannabis y determinados fármacos, junto con una percepción de bajo riesgo, debilita la aceptación social de las medidas de

control de la oferta. Este factor, identificado como amenaza, reduce la legitimidad de las intervenciones regulatorias si no se acompaña de acciones comunicativas y educativas coherentes

Canarias cuenta con un marco legal sólido, profesionales especializados y experiencia acumulada en inspección, control y regulación, lo que constituye una base sólida para reforzar el área. Estas fortalezas permiten avanzar hacia modelos más preventivos, integrados y basados en evidencia.

El diseño del V Plan Canario sobre Adicciones representa una oportunidad clave para corregir debilidades históricas: mejorar la coordinación intersectorial, reforzar la equidad territorial, actualizar los mecanismos de control frente a nuevas formas de oferta (online, digital, turismo) e integrar el control de la oferta con la prevención, la reducción de daños y la participación comunitaria.

La expansión del mercado digital, el turismo intensivo y la aparición de nuevas sustancias y adicciones comportamentales suponen amenazas relevantes si los sistemas de control no se adaptan con rapidez. Sin actualización normativa, tecnológica y formativa, el control de la oferta puede quedar desfasado frente a la realidad del consumo.

El DAFO evidencia la conveniencia de evolucionar desde un enfoque centrado exclusivamente en la inspección hacia un modelo integral, que combine regulación, prevención ambiental, sensibilización, control efectivo y evaluación continua del impacto de las medidas adoptadas.

MATRIZ CAME – ÁREA DE CONTROL DE LA OFERTA

CORREGIR (Debilidades)	AFRONTAR (Amenazas)
• Reforzar la coordinación interinstitucional entre fuerzas de seguridad, sanidad, justicia, inspección administrativa y ámbito local mediante protocolos comunes y mesas técnicas estables.	• Intensificar la cooperación policial, judicial e internacional frente a redes de tráfico, cultivo ilegal y distribución digital.
• Mejorar la dotación de recursos humanos y técnicos en inspección, control y vigilancia, especialmente en islas no capitalinas.	• Desarrollar estrategias específicas frente al crecimiento del mercado online y el uso de redes sociales para la venta de sustancias y juego ilegal.
• Actualizar la normativa y los procedimientos de control para adaptarlos a nuevas sustancias, formas de distribución y consumo.	• Reforzar la regulación y el control de espacios de ocio nocturno, eventos y entornos de riesgo para prevenir el acceso a sustancias.
• Incorporar sistemas de información compartidos y análisis de datos que permitan una actuación más ágil y basada en evidencias.	• Anticipar el impacto de crisis económicas y sociales que pueden incrementar la oferta y el mercado ilegal de sustancias.
• Incrementar la formación especializada de agentes e inspectores en nuevas sustancias, adicciones comportamentales y perspectiva de salud pública.	• Combatir la normalización social del consumo mediante acciones coordinadas de control, prevención y comunicación institucional.

MANTENER (Fortalezas)	EXPLOTAR (Oportunidades)
• Mantener la experiencia y especialización de las fuerzas y cuerpos de seguridad en la lucha contra el tráfico de sustancias ilegales.	• Aprovechar el V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030) para consolidar un modelo integral y coordinado de control de la oferta.
• Consolidar la colaboración existente entre administraciones públicas, fuerzas de seguridad y sistema judicial.	• Utilizar fondos europeos y estatales para modernizar tecnologías de control, inspección y análisis de datos.
• Sostener el marco normativo vigente que permite la actuación frente al tráfico, la distribución y el juego ilegal.	• Impulsar la digitalización, inteligencia artificial y análisis predictivo para mejorar la detección de mercados ilegales.
• Preservar la coordinación con planes estatales y estrategias nacionales sobre consumo de sustancias y juego.	• Reforzar la cooperación intersectorial con prevención, reducción de daños y salud pública para maximizar el impacto del control de la oferta.
• Continuar la labor de inspección y control administrativo en establecimientos y espacios regulados.	• Integrar la perspectiva de género y protección de colectivos vulnerables en las actuaciones de control e inspección.

8.3.10 Área 13.1. Formación

Debilidades – Área 13.1. Formación

- **Desigual acceso territorial a la formación.**
La oferta formativa se concentra mayoritariamente en las islas capitalinas, lo que genera una menor cobertura y oportunidades de capacitación en islas no capitalinas y zonas rurales, incrementando las brechas territoriales.
- **Falta de continuidad y sistematización de la oferta formativa.**
Las acciones formativas dependen en gran medida de convocatorias puntuales o proyectos temporales, sin un plan estable de formación continua que garantice coherencia, progresión y sostenibilidad a medio y largo plazo.
- **Limitada especialización en áreas emergentes.**
Existe una insuficiente formación específica en ámbitos clave como adicciones comportamentales, patología dual, reducción de daños, enfoque de género y nuevas realidades de consumo, lo que dificulta una respuesta profesional plenamente actualizada.
- **Dificultades de participación de los y las profesionales.**
La sobrecarga asistencial y la presión del trabajo cotidiano limitan la disponibilidad real del personal para participar en actividades formativas, especialmente en modalidades presenciales o de larga duración.
- **Carencia de evaluación del impacto formativo.**
No se dispone de indicadores sistemáticos que permitan medir la transferencia de los contenidos formativos a la práctica profesional ni su contribución a la mejora de la calidad de la intervención y los resultados en las personas atendidas.
- **Escasa coordinación intersectorial en materia de formación.**
La formación no siempre se articula de forma integrada con otros ámbitos estratégicos (educación, servicios sociales, justicia, empleo, salud mental), lo que limita una visión compartida y multidisciplinar del abordaje de las adicciones.
- **Dependencia de financiación externa o temporal.**
Una parte relevante de la formación está condicionada a fondos europeos o estatales de carácter no estructural, lo que dificulta la planificación sostenida y la consolidación de programas formativos estables.

Amenazas – Área 13.1. Formación

- **Sobrecarga asistencial de los y las profesionales.**
La elevada carga de trabajo en los recursos de prevención y atención a las adicciones limita la disponibilidad real para participar en procesos formativos continuos, reduciendo su alcance y efectividad.
- **Inestabilidad de la financiación formativa.**
La dependencia de convocatorias anuales o fondos externos pone en riesgo la continuidad de los programas de formación y dificulta la planificación a medio y largo plazo.
- **Rápida evolución del fenómeno de las adicciones.**
La aparición constante de nuevas sustancias, adicciones comportamentales y perfiles complejos (patología dual, consumo asociado a tecnologías) puede

dejar obsoletos los contenidos formativos si no se actualizan con suficiente agilidad.

- **Desigualdad territorial en el acceso a la formación.**
Las limitaciones de conectividad, recursos tecnológicos o desplazamiento pueden acentuar las diferencias entre islas capitalinas y no capitalinas, dificultando una capacitación equitativa del personal.
- **Escasa incorporación estructural de la formación en las organizaciones.**
En algunos contextos, la formación no se integra como una prioridad estratégica dentro de las entidades, quedando supeditada a la disponibilidad individual de los profesionales.
- **Brecha entre formación y práctica real de intervención.**
El riesgo de que las acciones formativas no estén suficientemente conectadas con los contextos reales de intervención puede reducir su aplicabilidad y utilidad práctica.
- **Dificultad para compatibilizar formatos formativos con la realidad laboral.**
Horarios, duración y modalidades poco flexibles pueden limitar la participación, especialmente en equipos pequeños o con escasa cobertura de sustituciones.
- **Riesgo de pérdida de interés o motivación profesional.**
La falta de reconocimiento institucional, acreditación o impacto visible de la formación puede disminuir la motivación del personal para implicarse activamente en procesos formativos.

Fortalezas – Área 13.1. Formación

- **Reconocimiento institucional de la formación como eje estratégico.**
El IV Plan Canario sobre Adicciones sitúa la formación continua como un elemento clave para mejorar la calidad de la prevención, la atención integral y los procesos de reinserción.
- **Experiencia acumulada en capacitación profesional.**
Canarias dispone de una trayectoria consolidada en la organización de acciones formativas dirigidas a profesionales sanitarios, sociales, educativos y del tercer sector vinculados al abordaje de las adicciones.
- **Enfoque multidisciplinar.**
La formación alcanza a profesionales de distintos ámbitos (sanidad, educación, servicios sociales, justicia, empleo y ONG), favoreciendo una visión integral y coordinada de la intervención.
- **Colaboración con universidades y colegios profesionales.**
Existen alianzas que aportan rigor académico, respaldo científico y actualización permanente de contenidos formativos.
- **Flexibilidad metodológica.**
La combinación de modalidades presenciales, online y mixtas facilita la participación de profesionales de diferentes islas y contextos laborales.
- **Capacidad de actualización progresiva de contenidos.**
Se han ido incorporando de forma gradual temáticas emergentes, como adicciones comportamentales, tecnologías digitales y nuevos perfiles de consumo.
- **Incorporación de la perspectiva de género.**

La planificación formativa incluye, en parte de las acciones, el enfoque de género y la atención a desigualdades específicas en el fenómeno de las adicciones.

- **Participación activa del tercer sector como agente formador.**

Las entidades sociales aportan una visión práctica, comunitaria y basada en la experiencia directa, enriqueciendo los contenidos y su aplicabilidad.

Oportunidades – Área 13.1. Formación

- **Nuevo ciclo de planificación (V Plan Canario sobre Adicciones 2026-2030).**

Posibilidad de diseñar un plan formativo estable, estructurado y evaluable que garantice continuidad, especialización y coherencia territorial.

- **Avances en digitalización y e-learning.**

Expansión de plataformas virtuales, formación online y modalidades mixtas que permiten superar barreras geográficas y facilitar el acceso en todas las islas.

- **Disponibilidad de financiación europea y nacional.**

Fondos como FSE+, Next Generation EU y programas estatales de salud ofrecen oportunidades para sostener programas formativos continuos y de calidad.

- **Refuerzo de alianzas con universidades y centros de conocimiento.**

Oportunidad de fortalecer la transferencia de conocimiento científico y la incorporación de evidencias actualizadas en los contenidos formativos.

- **Mayor sensibilización social e institucional.**

El creciente interés en salud mental y adicciones tras la pandemia favorece la demanda, legitimación y apoyo institucional a la formación especializada.

- **Incorporación de temáticas emergentes.**

Posibilidad de ampliar contenidos en adicciones comportamentales, patología dual, reducción de daños, perspectiva de género y exclusión social, adaptados a la realidad actual.

- **Reconocimiento y acreditación profesional de la formación.**

Oportunidad de vincular la formación en adicciones a sistemas de acreditación, carrera profesional y bolsas de empleo, incentivando la participación del personal.

- **Impulso de la formación intersectorial.**

Desarrollo de programas conjuntos dirigidos a profesionales de sanidad, educación, justicia, empleo y tercer sector, favoreciendo una visión integral y coordinada de la intervención.

TABLA DAFO – ÁREA 13.1. FORMACIÓN (IV PLAN CANARIO SOBRE ADICCIONES)

DEBILIDADES	AMENAZAS
● Desigual acceso territorial a la formación, con mayor concentración en islas capitalinas. ● Falta de continuidad y sistematización de la oferta formativa. ● Escasa especialización en áreas emergentes (adicciones comportamentales, patología dual, reducción de daños, género). ● Dificultad de participación del personal por falta de tiempo y recursos. ● Ausencia de evaluación sistemática del impacto de la formación en la práctica profesional. ● Escasa coordinación intersectorial en el diseño de la formación.	● Dependencia de financiación externa y convocatorias temporales que ponen en riesgo la continuidad. ● Sobrecarga asistencial que reduce la disponibilidad de los profesionales para formarse. ● Rápida evolución de los fenómenos adictivos que puede dejar obsoletos los contenidos formativos. ● Desigual priorización institucional de la formación frente a otras urgencias asistenciales. ● Brechas digitales o resistencias al uso de nuevas metodologías formativas. ● Posible pérdida de interés si la formación no se vincula a incentivos profesionales.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
● Reconocimiento institucional de la formación como eje estratégico del IV Plan. ● Experiencia acumulada en formación para profesionales de distintos ámbitos. ● Participación de perfiles profesionales diversos (sanidad, educación, servicios sociales, ONG). ● Colaboración con universidades y colegios profesionales. ● Uso de metodologías presenciales, online y mixtas. ● Incorporación progresiva de nuevas temáticas y perspectiva de género. ● Implicación del tercer sector como agente formador.	● Diseño del V Plan Canario (2026-2030) como oportunidad para crear un plan formativo estable y evaluable. ● Avances en digitalización y e-learning que facilitan el acceso en todo el territorio. ● Disponibilidad de fondos europeos y nacionales para formación continua. ● Refuerzo de alianzas con universidades y centros de investigación. ● Mayor sensibilización social e institucional sobre salud mental y adicciones. ● Posibilidad de acreditar la formación y vincularla a la carrera profesional. ● Impulso de la formación intersectorial y coordinada entre sistemas.

CONCLUSIONES DEL DAFO – ÁREA 13.1. FORMACIÓN

El análisis DAFO del Área de Formación pone de manifiesto que la Comunidad Autónoma de Canarias dispone de una base sólida sobre la que seguir construyendo un sistema formativo en adicciones, reconocido institucionalmente como un eje estratégico y respaldado por una experiencia acumulada significativa en la capacitación de profesionales de distintos ámbitos.

Entre las fortalezas, destaca el reconocimiento explícito de la formación continua en el IV Plan Canario sobre Adicciones, la existencia de una red amplia de profesionales formados, la colaboración con universidades, colegios profesionales y entidades del tercer sector, así como la incorporación progresiva de metodologías mixtas y de la perspectiva de género. Estos elementos constituyen un capital estratégico clave para avanzar hacia un modelo de formación más estructurado, actualizado y orientado a la mejora real de la práctica profesional.

No obstante, el análisis evidencia debilidades relevantes que limitan el impacto del sistema formativo. Entre ellas sobresalen la desigualdad territorial en el acceso a la

formación, la falta de continuidad y planificación estable, la escasa especialización en áreas emergentes (adicciones comportamentales, patología dual, reducción de daños) y la ausencia de mecanismos sistemáticos de evaluación del impacto formativo. Asimismo, la sobrecarga asistencial de los profesionales dificulta la participación regular en las actividades formativas.

En el plano externo, se identifican amenazas que pueden comprometer la sostenibilidad del sistema formativo si no se abordan de forma estructural. La dependencia de financiación temporal, la rápida evolución de los fenómenos adictivos, la posible pérdida de prioridad institucional de la formación frente a otras demandas asistenciales y las brechas digitales o resistencias metodológicas constituyen riesgos que requieren una respuesta estratégica.

Paralelamente, existen oportunidades claras que abren un escenario favorable para la mejora del área. El diseño del V Plan Canario sobre Adicciones (2026-2030), la disponibilidad de fondos europeos y nacionales, los avances en digitalización y e-learning, el incremento de la sensibilización social sobre salud mental y adicciones y la posibilidad de vincular la formación a sistemas de acreditación y carrera profesional configuran un contexto propicio para consolidar un modelo formativo estable, equitativo y de calidad.

En conjunto, el DAFO evidencia la necesidad de evolucionar desde un modelo formativo fragmentado y dependiente de convocatorias puntuales hacia un sistema planificado, continuo y evaluable, alineado con las necesidades reales de los profesionales y con los retos actuales del fenómeno de las adicciones. El V Plan Canario se presenta como una oportunidad estratégica para reforzar la formación como pilar estructural del sistema, garantizando su sostenibilidad, equidad territorial e impacto efectivo en la prevención y atención de las adicciones.

MATRIZ CAME – ÁREA 13.1. FORMACIÓN

CORREGIR (Debilidades)	AFRONTAR (Amenazas)
• Diseñar un plan formativo autonómico estable y plurianual, que garantice continuidad y coherencia. • Reducir las desigualdades territoriales, priorizando la oferta formativa en islas no capitalinas y zonas rurales mediante modalidades mixtas y online. • Ampliar la especialización formativa en áreas emergentes: adicciones comportamentales, patología dual, reducción del daño y perspectiva de género. • Facilitar la participación profesional mediante adaptación de horarios, formatos flexibles y reconocimiento del tiempo formativo como parte de la jornada laboral. • Implantar un sistema de evaluación del impacto formativo, que permita medir la transferencia a la práctica profesional. • Mejorar la coordinación intersectorial, integrando la formación con educación, servicios sociales, justicia, empleo y tercer sector.	• Asegurar financiación estructural para la formación, reduciendo la dependencia de convocatorias puntuales o fondos temporales. • Actualizar periódicamente los contenidos formativos para responder a la rápida evolución de las adicciones y los nuevos perfiles de intervención. • Prevenir la poca priorización institucional de la formación mediante su inclusión como eje estratégico obligatorio del Plan. • Reducir la brecha digital con apoyo técnico y formación en competencias digitales para profesionales con menor acceso o experiencia. • Combatir la saturación formativa con programas útiles, aplicados y alineados con necesidades reales del territorio.
MANTENER (Fortalezas)	EXPLOTAR (Oportunidades)
• Consolidar el reconocimiento institucional de la formación continua como pilar del sistema de adicciones.	• Aprovechar el diseño del V Plan Canario (2026-2030) para implantar un modelo formativo estable, evaluable y homogéneo.

• Mantener y reforzar la colaboración con universidades, colegios profesionales y entidades del tercer sector. • Preservar el enfoque multidisciplinar e intersectorial de la formación. • Continuar utilizando metodologías mixtas (presencial–online) para facilitar el acceso. • Mantener la incorporación de la perspectiva de género y la diversidad en los contenidos formativos. • Seguir apoyando la participación activa del tercer sector como agente formador. • Apoyar el compromiso, la cercanía y la capacidad de adaptación de los equipos profesionales.	• Captar y optimizar fondos europeos y nacionales (FSE+, Next Generation, programas estatales). • Impulsar el e-learning y las plataformas digitales como herramienta de equidad territorial. • Reforzar la transferencia de conocimiento científico desde universidades y centros de investigación. • Incorporar la formación en adicciones a sistemas de acreditación profesional, carrera y bolsas de empleo. • Desarrollar programas formativos intersectoriales que favorezcan una visión integral de las adicciones.
---	--

TABLA DAFO–CAME · ÁREA 13.1 FORMACIÓN

Área de Atención Integral y Reducción del Daño**

DAFO (Diagnóstico)	CAME (Estrategia de respuesta)
DEBILIDADES • Desigual acceso territorial. • Falta de continuidad y planificación estable. • Limitada especialización en áreas emergentes. • Dificultad de participación por sobrecarga laboral. • Ausencia de evaluación del impacto formativo. • Escasa coordinación intersectorial. • Dependencia de financiación temporal.	CORREGIR • Diseñar un plan formativo autonómico estable y plurianual. • Garantizar equidad territorial mediante formación online y mixta. • Ampliar la especialización en adicciones comportamentales, patología dual, reducción del daño y género. • Facilitar la participación con formatos flexibles y reconocimiento institucional. • Implantar sistemas de evaluación del impacto. • Reforzar la formación intersectorial. • Avanzar hacia financiación estructural.
AMENAZAS • Inestabilidad financiera. • Rápida evolución de las adicciones y perfiles profesionales. • Riesgo de pérdida de prioridad institucional. • Brecha digital entre profesionales y territorios. • Saturación formativa poco aplicada a la práctica.	AFRONTAR • Blindar la formación como eje estratégico obligatorio del Plan. • Actualizar contenidos de forma periódica. • Reducir la brecha digital con formación tecnológica aplicada. • Priorizar formación útil, práctica y contextualizada. • Asegurar continuidad presupuestaria más allá de convocatorias puntuales.
FORTALEZAS • Reconocimiento institucional de la formación. • Experiencia acumulada en Canarias. • Enfoque multidisciplinar. • Colaboración con universidades y colegios profesionales. • Metodologías mixtas. • Inclusión progresiva de nuevas adicciones. • Perspectiva de género. • Participación activa del tercer sector.	MANTENER • Consolidar la formación continua como pilar del sistema. • Mantener alianzas con universidades, colegios y ONG. • Reforzar el enfoque intersectorial. • Sostener metodologías presenciales–online. • Mantener la perspectiva de género y diversidad. • Seguir integrando al tercer sector como agente formador.
OPORTUNIDADES • V Plan Canario 2026–2030. • Fondos europeos y estatales.	EXPLOTAR • Crear un modelo formativo estructurado, evaluable y homogéneo.

• Digitalización y e-learning. • Mayor sensibilización social e institucional. • Alianzas académicas. • Nuevas temáticas emergentes. • Acreditación profesional. • Formación intersectorial.	• Captar fondos europeos para formación continua. • Expandir plataformas digitales para equidad territorial. • Reforzar la transferencia de conocimiento científico desde universidades y centros de investigación. • Incorporar la formación en adicciones a sistemas de acreditación profesional, carrera y bolsas de empleo. • Desarrollar programas formativos intersectoriales que favorezcan una visión integral de las adicciones.
---	---

8.3.11 Área 13.2. Investigación

Debilidades – área 13.2 investigación

- **Ausencia de una planificación canaria de investigación en adicciones.**
No existe una estrategia autonómica estable y planificada que oriente, priorice y dé continuidad a la investigación en adicciones en Canarias.
- **Producción científica limitada y fragmentada.**
La investigación se desarrolla de forma puntual y dispersa, con escasa coordinación entre universidades, administraciones públicas y entidades sociales.
- **Alta dependencia de estudios estatales.**
Predomina el uso de encuestas nacionales (EDADES, ESTUDES), con insuficiente desagregación territorial y limitada capacidad para analizar la realidad específica canaria.
- **Carencia de indicadores propios y homogéneos.**
No se dispone de un sistema canario de indicadores de investigación que permita el seguimiento longitudinal, la comparación territorial y la evaluación de políticas públicas.
- **Débil transferencia del conocimiento a la práctica.**
Los resultados de investigación no siempre se traducen en mejoras operativas en prevención, tratamiento, reducción de daños o planificación estratégica.
- **Financiación inestable y dependiente de convocatorias externas.**
La investigación depende mayoritariamente de fondos europeos o estatales, lo que dificulta la sostenibilidad y continuidad de las líneas de estudio.
- **Limitación de recursos humanos especializados.**
Escasez de equipos investigadores consolidados y de personal con dedicación específica a la investigación en adicciones en el ámbito universitario y aplicado.
- **Insuficiente desarrollo de investigación en áreas emergentes.**
Déficit de estudios aplicados en adicciones comportamentales, patología dual, perspectiva de género, chemsex y contextos de exclusión social.
- **Sobrecarga asistencial del personal técnico.**
La presión asistencial limita la participación de profesionales en proyectos de investigación, diagnóstico local y sistematización de datos.

Amenazas – ÁREA 13.2. INVESTIGACIÓN

- **Rápida evolución de los patrones de consumo.**
La aparición constante de nuevas sustancias y adicciones comportamentales supera la capacidad del sistema investigador para generar evidencia actualizada y aplicable en tiempo útil.
- **Competencia con otras prioridades de investigación.**
La investigación en adicciones puede quedar desplazada frente a áreas consideradas más urgentes o visibles (salud mental, enfermedades crónicas, emergencias sanitarias), dificultando el acceso a financiación.
- **Dependencia e inestabilidad de la financiación externa.**

La posible reducción de fondos europeos o estatales pone en riesgo la continuidad de proyectos y la consolidación de líneas de investigación a medio y largo plazo.

- **Fragmentación institucional y académica.**

La falta de coordinación entre universidades, administraciones públicas y entidades sociales puede generar duplicidades, vacíos de conocimiento y baja eficiencia investigadora.

- **Desigualdad territorial en capacidad investigadora.**

Las islas no capitalinas presentan menor acceso a infraestructuras, proyectos y datos, lo que limita una visión territorial equilibrada del fenómeno de las adicciones.

- **Dificultad para retener talento investigador.**

La precariedad contractual y la falta de carreras investigadoras estables favorecen la fuga de profesionales especializados fuera del archipiélago.

- **Escasa transferencia del conocimiento a políticas públicas.**

Riesgo de que los resultados de investigación no se traduzcan en mejoras reales en prevención, atención, reducción de daños o planificación estratégica.

- **Obsolescencia de indicadores y metodologías.**

Si no se actualizan de forma continua, los sistemas de indicadores pueden dejar de reflejar las realidades emergentes del consumo y las adicciones.

Fortalezas – Área 13.2. Investigación

- **Reconocimiento institucional de la investigación.**

El IV Plan Canario sobre Adicciones dedica un apartado específico a la investigación, reconociéndola como un elemento clave para la planificación, la evaluación y la toma de decisiones basada en evidencia.

- **Disponibilidad de fuentes nacionales consolidadas.**

Canarias dispone de acceso a estudios estatales de referencia como EDADES y ESTUDES, que permiten analizar tendencias, realizar comparaciones con el conjunto del Estado y contextualizar la evolución de los consumos.

- **Existencia de experiencias previas de investigación en el archipiélago.**

Universidades, colegios profesionales y entidades sociales han desarrollado estudios y proyectos de investigación que aportan conocimiento contextualizado sobre las adicciones en Canarias.

Oportunidades – Área 13.2. Investigación

- **Diseño del V Plan Canario sobre Adicciones (2026-2030).**

Posibilidad de consolidar un sistema de investigación estable y coordinado, con indicadores propios, homogéneos y aplicables a todo el archipiélago.

- **Disponibilidad de fondos europeos y nacionales.**

Programas como Horizonte Europa, FSE+, Next Generation EU y convocatorias estatales en salud pública ofrecen oportunidades de financiación para proyectos de investigación innovadores y sostenidos.

- **Avances en tecnologías de análisis de datos.**

Incorporación de big data, inteligencia artificial y registros electrónicos sanitarios para mejorar la vigilancia epidemiológica, el análisis de tendencias y la evaluación de políticas públicas.

- **Colaboración con universidades y centros de investigación.**

Potencial para reforzar alianzas con universidades canarias, institutos de investigación y redes estatales e internacionales, favoreciendo la producción científica y la transferencia de conocimiento.

- **Integración con salud mental y otros ámbitos sociales.**

Oportunidad de impulsar proyectos interdisciplinares que aborden de forma conjunta las adicciones, la salud mental, la exclusión social y la perspectiva de género.

- **Mayor interés social e institucional.**

La creciente sensibilización sobre las adicciones tras la pandemia genera un contexto más favorable para la financiación, difusión y legitimación social de la investigación.

- **Reconocimiento de nuevas áreas de estudio.**

Apertura para desarrollar investigación aplicada en adicciones comportamentales, patología dual, perspectiva de género, inclusión social y reducción del daño, alineada con tendencias internacionales.

- **Transferencia y aplicación de la evidencia.**

Oportunidad de fortalecer la conexión entre investigación y práctica profesional, mejorando la eficacia y calidad de los programas de prevención, atención e integración social.

TABLA DAFO – ÁREA 13.2. INVESTIGACIÓN

DEBILIDADES	AMENAZAS
- Ausencia de un plan canario de investigación en adicciones, estable y sistematizado. - Producción científica limitada y fragmentada. - Dependencia de estudios estatales con escasa desagregación territorial. - Falta de indicadores propios y homogéneos. - Débil transferencia del conocimiento a la práctica. - Financiación inestable. - Escasez de recursos humanos especializados. - Insuficiente desarrollo de investigación en áreas emergentes.	- Rápida evolución de los patrones de consumo. - Competencia con otras prioridades de investigación. - Inestabilidad de la financiación externa. - Fragmentación institucional. - Desigualdad territorial en capacidad investigadora. - Dificultad para retener talento investigador. - Escasa transferencia a políticas públicas. - Riesgo de obsolescencia de indicadores.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES

- Reconocimiento institucional de la investigación en el IV Plan. - Acceso a fuentes nacionales consolidadas (EDADES, ESTUDES). - Experiencias previas de investigación en Canarias. - Marco normativo favorable. - Primeras experiencias de colaboración interinstitucional. - Incorporación de la perspectiva de género. - Disponibilidad de datos administrativos.	- Diseño del V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030). - Fondos europeos y nacionales. - Avances en big data e inteligencia artificial. - Alianzas con universidades y centros de investigación. - Integración con salud mental y exclusión social. - Mayor sensibilización social e institucional. - Desarrollo de nuevas líneas de investigación aplicada.
---	---

CONCLUSIONES DEL DAFO – ÁREA 13.2. INVESTIGACIÓN

El análisis DAFO del Área 13.2 de investigación en adicciones cuenta con una base institucional y normativa reconocida, así como con experiencias previas relevantes en el ámbito universitario, profesional y social. El reconocimiento explícito de la investigación como eje estratégico en el IV Plan Canario sobre Adicciones y la disponibilidad de fuentes nacionales consolidadas constituyen fortalezas significativas sobre las que es posible avanzar hacia un modelo más sólido y coherente.

Sin embargo, el diagnóstico evidencia debilidades estructurales persistentes, especialmente la ausencia de una planificación de investigación estable y sistematizada, la fragmentación de la producción científica y la fuerte dependencia de fuentes estatales con limitada capacidad de desagregación territorial. Estas carencias reducen la autonomía investigadora de Canarias y dificultan la generación de conocimiento continuado, contextualizado y útil para la evaluación de políticas públicas.

Asimismo, la falta de indicadores propios y homogéneos, su débil obtención desde las entidades y red asistencial junto con una transferencia aún insuficiente del conocimiento científico a la práctica profesional y a la planificación estratégica, limita el impacto real de la investigación en la mejora de los programas de prevención, atención, reducción de daños e inclusión social. La inestabilidad de la financiación y la escasez de recursos humanos especializados refuerzan este escenario de fragilidad estructural.

Desde el entorno externo, se identifican oportunidades estratégicas relevantes, vinculadas al diseño del V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030), la disponibilidad de financiación europea y estatal, los avances tecnológicos en análisis de datos y la creciente sensibilización social e institucional tras la pandemia. Estas oportunidades ofrecen un contexto favorable para institucionalizar la investigación, fortalecer alianzas con universidades y centros especializados, e impulsar líneas de estudio en ámbitos emergentes como las adicciones comportamentales, la patología dual y la perspectiva de género.

No obstante, persisten amenazas que pueden comprometer este desarrollo, entre ellas la rápida evolución de los patrones de consumo, la competencia con otras prioridades de investigación, la desigualdad territorial en la capacidad investigadora y la dificultad para retener talento especializado en el archipiélago. Asimismo, el riesgo de obsolescencia de indicadores y la limitada transferencia de resultados a la toma de decisiones públicas subrayan la necesidad de mecanismos de actualización y conexión permanente entre investigación y políticas.

MATRIZ CAME ÁREA 13.2. INVESTIGACIÓN

CORREGIR (Debilidades)	AFRONTAR (Amenazas)
• Diseñar y aprobar un Plan Canario de Investigación en Adicciones, de carácter plurianual y estructurado. • Crear un sistema propio de indicadores canarios, homogéneos y comparables. • Mejorar la coordinación entre universidades, administraciones y entidades sociales. • Reforzar la transferencia del conocimiento a la práctica profesional y a la planificación estratégica. • Incrementar los recursos humanos especializados en investigación en adicciones. • Estabilizar la financiación autonómica, reduciendo la dependencia de convocatorias externas.	• Adaptar las líneas de investigación a la rápida evolución de los patrones de consumo y adicciones emergentes. • Garantizar la continuidad de proyectos estratégicos ante posibles recortes de financiación externa. • Reducir la brecha territorial en la capacidad investigadora entre islas. • Impulsar medidas para la retención de talento investigador en Canarias. • Evitar la fragmentación institucional y la duplicidad de estudios. • Actualizar periódicamente indicadores y metodologías para prevenir su obsolescencia.
EXPLOTAR (Oportunidades)	MANTENER (Fortalezas)
• Utilizar el V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030) para consolidar un sistema de investigación estable y coordinado. • Captar y optimizar fondos europeos y estatales para proyectos innovadores y sostenidos. • Incorporar big data, inteligencia artificial y registros electrónicos en la vigilancia epidemiológica. • Impulsar proyectos interdisciplinarios (adicciones, salud mental, género, exclusión social). • Reforzar la transferencia de la evidencia hacia políticas públicas y programas. • Posicionar a Canarias como referente en investigación aplicada en adicciones comportamentales y patología dual.	• Mantener el reconocimiento institucional de la investigación como eje estratégico del sistema. • Consolidar el uso de fuentes nacionales de referencia (EDADES, ESTUDES). • Preservar y reforzar las experiencias previas de investigación desarrolladas en Canarias. • Continuar integrando la perspectiva de género en el análisis de datos. • Fortalecer las alianzas interinstitucionales entre administración, academia y tercer sector. • Aprovechar de forma sistemática los datos administrativos de la red asistencial.

8.3.12 Área 13.3. Sistemas de Información

Debilidades – Área 13.3. Sistemas de Información

- **Fragmentación de las fuentes de datos.**
La información relacionada con las adicciones se encuentra dispersa entre distintos sistemas y ámbitos (sanidad, servicios sociales, justicia, educación, empleo y tercer sector), lo que dificulta disponer de una visión global, integrada y coherente del fenómeno.
- **Ausencia de un sistema canario unificado y estable.**
No existe un sistema único de información en adicciones a nivel autonómico que integre de forma homogénea los datos de todas las islas y sectores, limitando la comparabilidad territorial y la continuidad del seguimiento.
- **Dependencia de encuestas nacionales.**
Gran parte de la información procede de estudios estatales como EDADES y ESTUDES, que, si bien son útiles para la comparación, no siempre reflejan con suficiente precisión las especificidades del contexto canario ni permiten un análisis insular detallado.
- **Desigualdad territorial en la recogida de datos.**
Se observa una mayor disponibilidad y calidad de registros en las islas capitalinas, frente a carencias significativas en islas no capitalinas y zonas rurales, lo que genera brechas en la información disponible.
- **Carencia de indicadores homogéneos y criterios comunes.**
Los distintos centros, programas y entidades no utilizan de forma sistemática los mismos indicadores, categorías ni criterios de registro y codificación, lo que dificulta la comparación de datos y la evaluación conjunta de resultados.
- **Escasa explotación analítica de la información.**
Los sistemas existentes se centran fundamentalmente en la recogida de datos básicos (personas atendidas, tipología de consumo, variables sociodemográficas), pero apenas se desarrollan análisis avanzados, informes dinámicos o herramientas predictivas que apoyen la planificación estratégica.
- **Limitada accesibilidad, transparencia y uso compartido de los datos.**
El acceso a la información para profesionales, investigadores y ciudadanía es restringido y poco sistematizado, reduciendo el potencial del sistema de información como herramienta de conocimiento, evaluación y rendición de cuentas.

Amenazas – Área 13.3. Sistemas de Información

- **Rápida evolución de las adicciones.**
La aparición constante de nuevas sustancias y, especialmente, de adicciones comportamentales (juego online, redes sociales, videojuegos) avanza a un ritmo superior a la capacidad actual del sistema para registrar, actualizar y analizar información relevante, generando riesgo de desactualización de los datos disponibles.
- **Dependencia de fuentes estatales de información.**

El peso predominante de encuestas y estudios nacionales limita la visibilidad de las particularidades del contexto canario, dificultando la elaboración de diagnósticos propios y ajustados a la realidad territorial e insular.

- **Fragmentación institucional del sistema de información.**

La dispersión de competencias entre sanidad, servicio canario de la salud AP, salud mental entidades institucionales, servicios sociales, educación, justicia, empleo y tercer sector (Red asistencial) supone una amenaza para la consolidación de un sistema único, integrado e interoperable de información en adicciones.

- **Brecha territorial y digital.**

Las desigualdades en infraestructuras tecnológicas, recursos y capacidades técnicas entre islas capitalinas y no capitalinas, así como en zonas rurales, dificultan la homogeneidad en la recogida, calidad y explotación de los datos.

- **Inestabilidad en la financiación y actualización tecnológica.**

La ausencia de financiación estructurada y sostenida puede provocar la obsolescencia de las herramientas tecnológicas, limitando la capacidad de análisis avanzado, interoperabilidad y explotación estratégica de la información.

- **Débil cultura de evaluación y uso de datos.**

Existe el riesgo de que los sistemas de información , incluidos los homogéneos con el PNSD se utilicen principalmente como un requisito administrativo, sin una explotación sistemática de los datos para la evaluación de políticas, la mejora de programas y la toma de decisiones estratégicas.

Fortalezas – Área 13.3. Sistema de Información

- **Reconocimiento institucional del sistema de información.**

El IV Plan Canario sobre Adicciones incorpora de manera explícita la necesidad de disponer de un sistema de información sólido como herramienta clave para la planificación, el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas en adicciones.

- **Disponibilidad de fuentes nacionales consolidadas.**

La participación de Canarias en encuestas estatales como EDADES y ESTUDES permite disponer de series temporales fiables y realizar comparaciones con el conjunto del Estado, aportando un marco de referencia estable.

- **Experiencia acumulada en la recogida de datos.**

Los centros de atención a las adicciones, los programas de salud pública y otros dispositivos asistenciales cuentan con una trayectoria prolongada en la generación de registros, estadísticas y memorias de actividad.

- **Marco normativo que respalda la recogida y uso de la información.**

La Estrategia Nacional sobre Adicciones y el propio IV Plan establecen la obligación de disponer de indicadores y datos normalizados en los ámbitos de prevención, atención, reducción de daños e integración social.

- **Incorporación progresiva de la perspectiva de género.**

Se promueve de forma explícita la desagregación de los datos por sexo y su análisis con enfoque de género, mejorando la calidad y la equidad de la información disponible.

- **Colaboración interinstitucional en la generación de información.**

Existen estructuras, acuerdos y experiencias de intercambio de datos entre sanidad, servicios sociales, educación, justicia y otros ámbitos, que constituyen una base relevante para avanzar hacia un sistema integrado.

- **Disponibilidad de datos administrativos de la red asistencial.**

Los dispositivos de la red de atención a las adicciones pueden generar información administrativa valiosa sobre perfiles de personas atendidas, tipologías de consumo y evolución de la demanda, útil para el seguimiento continuo.

Oportunidades – Área 13.3. Sistema de Información

- **Nuevo ciclo de planificación (V Plan Canario sobre Adicciones 2026-2030).**

El diseño del nuevo Plan ofrece una oportunidad estratégica para consolidar un sistema canario unificado de información en adicciones, con indicadores homogéneos, comparables y aplicables en todo el archipiélago.

- **Avances tecnológicos y digitalización.**

El desarrollo de herramientas como big data, inteligencia artificial, historia clínica electrónica y sistemas interoperables entre la red asistencial y otras permite mejorar de forma sustancial el análisis de tendencias, la detección temprana de cambios en los patrones de consumo y la capacidad predictiva del sistema.

- **Disponibilidad de fondos europeos y nacionales.**

Existen líneas de financiación vinculadas a digitalización, salud pública, innovación e inclusión social que pueden destinarse a la modernización tecnológica, el desarrollo de plataformas comunes y la capacitación técnica del sistema de información.

- **Alianzas con universidades y centros de investigación.**

La colaboración con universidades canarias y centros de investigación ofrece la posibilidad de reforzar la explotación científica de los datos, generar conocimiento aplicado y mejorar la transferencia de resultados a las políticas públicas.

- **Mayor interés social e institucional en salud mental y adicciones.**

El incremento de la sensibilización social e institucional genera una mayor demanda de datos fiables, actualizados y accesibles por parte de profesionales, responsables políticos, medios de comunicación y ciudadanía.

- **Integración intersectorial de los sistemas de información.**

Existe la oportunidad de avanzar hacia la coordinación efectiva de datos entre áreas de sanidad, red asistencial subvencionada, servicios sociales, educación, justicia y empleo, permitiendo una visión más completa, multidimensional e integral del fenómeno de las adicciones.

- **Refuerzo de la perspectiva de género y del análisis de colectivos vulnerables.**

La consolidación de sistemas que desagreguen la información por sexo, edad, territorio y situación socioeconómica permitirá diseñar políticas más equitativas y ajustadas a las realidades diferenciales.

- **Impulso hacia la transparencia y el acceso abierto a la información.**

El desarrollo de plataformas públicas de datos, cuadros de mando e informes dinámicos puede mejorar la transparencia institucional, facilitar la rendición de cuentas y promover la participación ciudadana basada en evidencias.

TABLA DAFO – Área 13.3. Sistema de Información

DEBILIDADES	AMENAZAS
● Fragmentación de las fuentes de datos entre sanidad, servicios sociales, educación, justicia y empleo. ● Ausencia de un sistema canario único, integrado y estable de información en adicciones. ● Dependencia excesiva de encuestas nacionales (EDADES, ESTUDES) con limitada desagregación territorial. ● Desigualdad territorial en la calidad y sistematicidad de los registros (islas capitalinas vs. no capitalinas). ● Falta de indicadores homogéneos y criterios comunes de codificación y registro. ● Escasa explotación analítica de los datos para evaluación, planificación y toma de decisiones. ● Déficit de recursos humanos especializados en gestión y análisis avanzado de información. ● Accesibilidad limitada y baja transparencia en el acceso a datos agregados.	● Rápida evolución de las adicciones (nuevas sustancias y adicciones comportamentales) que supera la capacidad actual de registro. ● Dependencia de fuentes estatales que pueden invisibilizar especificidades del contexto canario. ● Persistencia de la fragmentación institucional entre sistemas y niveles administrativos. ● Brecha territorial y digital que dificulta la homogeneidad en la recogida de datos. ● Riesgo de obsolescencia tecnológica si no se garantiza financiación y actualización continua. ● Escasez y fuga de perfiles técnicos especializados en análisis de datos y estadística. ● Falta de cultura de evaluación sistemática basada en evidencia en algunos ámbitos institucionales. ● Riesgos asociados a la ciberseguridad y a la protección de datos personales.

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
● Reconocimiento institucional del sistema de información como eje estratégico en el IV Plan. ● Participación en encuestas nacionales consolidadas que permiten comparabilidad estatal. ● Experiencia acumulada en la recogida de datos por parte de la red asistencial. ● Marco normativo que respalda la recogida sistemática de información e indicadores. ● Incorporación progresiva de la perspectiva de género en los registros. ● Existencia de acuerdos iniciales de colaboración interinstitucional. ● Disponibilidad de datos administrativos generados por la red de atención. ● Potencial de integración con infraestructuras digitales ya existentes.	● Diseño del V Plan Canario sobre Adicciones (2026-2030), que permite consolidar un sistema unificado. ● Avances en digitalización, big data, inteligencia artificial e interoperabilidad de sistemas. ● Disponibilidad de fondos europeos y nacionales para modernización tecnológica. ● Alianzas con universidades y centros de investigación para la explotación científica de los datos. ● Mayor interés social e institucional en datos fiables sobre adicciones y salud mental. ● Integración intersectorial de datos entre sanidad, servicios sociales, educación, justicia y empleo. ● Refuerzo del enfoque de género y análisis de colectivos vulnerables. ● Impulso hacia la transparencia, el acceso abierto y los informes dinámicos.

Conclusiones del DAFO – Área 13.3. Sistema de Información

El sistema de información en adicciones en Canarias presenta importantes debilidades estructurales, destacando la fragmentación de fuentes, la ausencia de un sistema único e interoperable, la sistematización detallada de los datos especialmente en la red asistencial y la desigualdad territorial en la calidad de los registros.

A pesar de estas limitaciones, existe una base sólida sobre la que construir, sustentada en el reconocimiento institucional del valor estratégico de la información, la experiencia acumulada de la red asistencial y la disponibilidad de datos administrativos y encuestas nacionales consolidadas.

La escasa explotación analítica de los datos y la falta de indicadores homogéneos limitan actualmente la capacidad del sistema para apoyar la planificación, la evaluación de políticas y la toma de decisiones basada en evidencias.

Las amenazas externas, como la rápida evolución de las adicciones, la dependencia de fuentes estatales, la brecha digital y la escasez de perfiles técnicos especializados, pueden profundizar las desigualdades existentes si no se adoptan medidas estructurales.

El contexto actual ofrece oportunidades estratégicas relevantes, especialmente con el diseño del V Plan Canario sobre Adicciones, los avances tecnológicos, la disponibilidad de financiación europea y el creciente interés social e institucional por la transparencia y la evaluación.

La consolidación de un sistema canario unificado de información en adicciones integrado en el de salud, con parámetros e indicadores homogéneos, aparece como una prioridad clave para garantizar coherencia, equidad territorial y capacidad de respuesta ante fenómenos emergentes.

Resulta imprescindible reforzar la interoperabilidad intersectorial, integrando datos de sanidad, servicios sociales, educación, justicia y empleo, para avanzar hacia un enfoque multidimensional de las adicciones enmarcado en el integral de protección, prevención y promoción de la salud.

Finalmente, el fortalecimiento del sistema de información debe ir acompañado de inversión en formación y perfiles técnicos especializados, así como de una cultura institucional que valore los datos como herramienta estratégica y no solo como requisito administrativo.

Matriz CAME – Área 13.3. Sistema de Información

CORREGIR (Debilidades)	AFRONTAR (Amenazas)
• Desarrollar un sistema canario unificado de información en adicciones, superando la fragmentación actual entre ámbitos y territorios. • Definir y consensuar un conjunto homogéneo de indicadores comunes, aplicables a toda la Red de Atención a las Adicciones e integrado con los de salud (sanitarios) • Mejorar la explotación analítica de los datos, incorporando cuadros de mando, informes dinámicos y análisis predictivos. • Reforzar la formación del personal en registro, análisis y uso estratégico de datos. • Incrementar la accesibilidad y transparencia de la información para profesionales, gestores e investigación.	• Adaptar el sistema de información a la rápida evolución de las adicciones, incorporando registros flexibles para nuevas sustancias y adicciones comportamentales. • Reducir la dependencia exclusiva de encuestas nacionales, reforzando la producción de datos propios y diagnósticos locales. • Establecer medidas frente a la brecha territorial y digital, garantizando recursos tecnológicos mínimos en todas las islas. • Fortalecer la ciberseguridad y protección de datos, anticipando riesgos derivados de la digitalización creciente. • Asegurar financiación estable para evitar la obsolescencia tecnológica y la discontinuidad del sistema.

MANTENER (Fortalezas)	EXPLOTAR (Oportunidades)
• Mantener el reconocimiento institucional del sistema de información como herramienta clave de planificación y evaluación. • Consolidar el uso de fuentes nacionales (EDADES, ESTUDES) como referencia comparativa. • Potenciar la experiencia acumulada de la red asistencial en recogida de datos. • Reforzar la perspectiva de género en los registros y análisis. • Mantener los acuerdos interinstitucionales existentes, avanzando hacia mayor interoperabilidad.	• Aprovechar el V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030) para consolidar un sistema integrado, interoperable y evaluable. • Incorporar big data, inteligencia artificial y registros electrónicos para mejorar la vigilancia epidemiológica. • Captar fondos europeos y nacionales para modernizar infraestructuras y sistemas de información. • Impulsar alianzas con universidades y centros de investigación para la explotación científica de los datos. • Desarrollar plataformas de datos abiertos e informes públicos, mejorando la transparencia y la participación ciudadana.

Tabla DAFO–CAME – Área 13.3. Sistema de Información

DAFO	CAME (Estrategias derivadas)
DEBILIDADES • Fragmentación de fuentes de datos entre sanidad, servicios sociales, educación, justicia y empleo. • Ausencia de un sistema canario único e interoperable. • Dependencia de encuestas nacionales con baja desagregación territorial. • Desigualdad territorial en la recogida y calidad de los registros. • Falta de indicadores homogéneos y escasa explotación analítica. • Déficit de perfiles técnicos especializados en análisis de datos.	CORREGIR • Diseñar e implantar un sistema canario unificado de información en adicciones. • Definir un marco común de indicadores homogéneos para toda la red. • Reforzar la formación técnica en registro, análisis y uso estratégico de datos. • Mejorar la explotación analítica mediante cuadros de mando e informes dinámicos. • Reducir desigualdades territoriales dotando de recursos tecnológicos mínimos a todas las islas.

AMENAZAS • Rápida evolución de las adicciones y aparición de nuevas conductas. • Riesgo de fragmentación institucional persistente. • Brecha digital y tecnológica en zonas no capitalinas. • Inestabilidad financiera para la actualización del sistema. • Riesgos en ciberseguridad y protección de datos.	AFRONTAR • Adaptar el sistema a fenómenos emergentes con registros flexibles y actualizables. • Garantizar financiación estable y plurianual para el mantenimiento tecnológico. • Reforzar protocolos de seguridad y protección de datos. • Impulsar la coordinación interinstitucional obligatoria en materia de información.
FORTALEZAS • Reconocimiento institucional del sistema de información como eje estratégico. • Participación en encuestas nacionales consolidadas (EADDES, ESTUDES). • Experiencia acumulada de la red asistencial en recogida de datos. • Marco normativo que respalda la normalización de registros. • Incorporación progresiva de la perspectiva de género.	MANTENER • Consolidar el respaldo institucional y normativo del sistema de información. • Mantener la comparabilidad con estudios estatales. • Reforzar la perspectiva de género en todos los registros y análisis. • Potenciar el papel de la red asistencial como generadora de información de calidad.
OPORTUNIDADES • Diseño del V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030). • Avances en digitalización, big data e inteligencia artificial. • Disponibilidad de fondos europeos y nacionales. • Alianzas con universidades y centros de investigación. • Mayor demanda social de transparencia y datos fiables.	EXPLOTAR • Aprovechar el V Plan para consolidar un sistema integrado e interoperable. • Incorporar herramientas avanzadas de análisis de datos. • Captar financiación europea y estatal para modernización tecnológica. • Impulsar la transferencia de datos a investigación y políticas públicas. • Crear plataformas públicas de información que refuercen transparencia y participación.

8.3.13 Área 13.4. Coordinación y Participación

Debilidades Área 13.4 Coordinación y Participación

- **Fragmentación institucional.**
Persisten desconexiones entre los distintos niveles de la administración pública, Gobierno de Canarias, cabildos insulares y ayuntamientos, que dificultan una planificación conjunta y una ejecución homogénea de las políticas en materia de adicciones. Esta fragmentación limita la coherencia territorial de los programas, genera desigualdades en el acceso a recursos y reduce la eficiencia global del sistema.
- **Desigual implantación territorial.**
Los pocos planes insulares y locales así como las estructuras de coordinación (comisiones, etc.) y participación es muy escasa y no está igualmente desarrollada en todas las islas y municipios, lo que provoca importantes diferencias en la capacidad de respuesta local. Mientras algunos territorios cuentan con espacios consolidados de trabajo interinstitucional y participación social, otros presentan una implantación débil o inexistente, condicionada por la disponibilidad de recursos y capacidades técnicas.
- **Mecanismos de coordinación insuficientemente sistematizados.**
La coordinación entre los ámbitos de sanidad, educación, servicios sociales, justicia y empleo carece en muchos casos de protocolos estables y claramente definidos. Esta falta de sistematización provoca solapamientos de actuaciones en determinados territorios y, al mismo tiempo, vacíos de atención en otros, dificultando una intervención integral y continua sobre las personas y comunidades.
- **Participación ciudadana limitada.**
La implicación activa de las personas usuarias, sus familias y la ciudadanía en general sigue siendo reducida. Existen pocos espacios estables de consulta, diálogo o cogestión que permitan incorporar de manera sistemática sus experiencias y necesidades en el diseño, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en adicciones.
- **Dependencia de proyectos y financiación temporal.**
Una parte significativa de las iniciativas de participación y coordinación se sostiene a través de proyectos vinculados a convocatorias anuales o a fondos puntuales. Esta dependencia de financiación temporal dificulta la planificación a medio y largo plazo, debilita la continuidad de las acciones y limita su sostenibilidad estructural.
- **Escasa visibilidad de los procesos participativos.**
Se detecta una falta de estrategias de comunicación orientadas a dar a conocer los procesos participativos existentes, sus resultados y su impacto. Esta baja visibilidad reduce el interés y la implicación de la ciudadanía y de otros agentes comunitarios, y limita el reconocimiento social del valor de la participación.
- **Desigual nivel de participación del tercer sector.**
Aunque las ONG y entidades sociales desempeñan un papel clave en la intervención directa y el conocimiento de la realidad social, su participación en los espacios de toma de decisiones estratégicas no siempre es estable ni homogénea. Esto genera desequilibrios en la representación del tercer sector y

desaprovecha su potencial como agente corresponsable en la planificación de políticas.

- **Limitada evaluación de la coordinación.**

No se dispone de un sistema suficientemente desarrollado de indicadores claros, homogéneos y comparables que permitan medir de forma objetiva el grado real de coordinación y participación entre los distintos ámbitos y territorios. Esta carencia dificulta la evaluación del funcionamiento del sistema y la identificación de áreas concretas de mejora.

Amenazas Área 13.4 Coordinación y Participación

- **Fragmentación del sistema autonómico y local.**

La pluralidad de actores implicados, Gobierno de Canarias, cabildos insulares, ayuntamientos y entidades del tercer sector, puede derivar en riesgos de duplicidad de actuaciones o, por el contrario, en vacíos de atención si no se refuerzan los mecanismos de coordinación. Esta fragmentación amenaza la coherencia del sistema y dificulta la construcción de respuestas integrales y equitativas en todo el territorio.

- **Cambios políticos y de gestión.**

La rotación de responsables políticos y técnicos, así como las modificaciones en las prioridades de gestión, puede debilitar la continuidad de los procesos de coordinación y participación a medio y largo plazo. Estos cambios afectan especialmente a los espacios de trabajo compartido que requieren estabilidad institucional y compromiso sostenido.

- **Desigualdad territorial.**

En las islas no capitalinas y en los municipios de menor tamaño, la coordinación interinstitucional y la participación social se ven más limitadas debido a la escasez de recursos técnicos, económicos y humanos. Esta situación puede profundizar las desigualdades territoriales en la capacidad de respuesta y en la implicación comunitaria.

- **Dependencia de la financiación externa o temporal.**

La consolidación de estructuras participativas estables se ve amenazada por la dependencia de fondos de carácter temporal. La ausencia de garantías de financiación continuada pone en riesgo la sostenibilidad de los espacios de coordinación y participación creados al amparo de estas convocatorias.

- **Sobrecarga de los profesionales.**

Las demandas asociadas a la coordinación intersectorial y a la participación comunitaria se suman a las tareas asistenciales y técnicas habituales de los profesionales. Esta sobrecarga puede reducir la efectividad de los procesos de coordinación, limitar la participación activa y generar desgaste en los equipos.

- **Escaso interés o fatiga participativa.**

Algunos colectivos pueden mostrar una baja motivación o una creciente desconfianza hacia los procesos participativos si no perciben resultados tangibles, cambios visibles o retornos claros de su implicación. Esta fatiga participativa debilita la representatividad y la continuidad de la participación social.

- **Desajuste entre tiempos políticos y comunitarios.**

El ritmo de la planificación y de la toma de decisiones políticas no siempre coincide con los tiempos necesarios para construir procesos participativos sólidos, inclusivos y efectivos. Este desajuste puede generar frustración, acelerar procesos sin suficiente maduración comunitaria o limitar su impacto real.

- **Contexto socioeconómico adverso.**

Factores estructurales como el desempleo, la pobreza o la exclusión social condicionan la capacidad de la ciudadanía y de las entidades sociales para implicarse de manera sostenida en los procesos de coordinación y participación. En contextos de mayor vulnerabilidad, la prioridad por cubrir necesidades básicas puede relegar la participación comunitaria a un segundo plano.

Fortalezas Área 13.4 Coordinación y Participación

- **Marco institucional definido.**

El IV Plan Canario sobre Adicciones reconoce de manera explícita la coordinación y la participación como ejes estratégicos de la intervención pública. A través de un apartado específico dedicado a esta materia, se establecen objetivos claros y líneas de actuación orientadas a reforzar el trabajo conjunto entre administraciones, entidades sociales y ciudadanía, dotando al sistema de un marco de referencia común.

- **Existencia de estructuras de coordinación.**

La Dirección General de Salud Mental y Adicciones asume la función de coordinación global del Plan, actuando como órgano vertebrador de las políticas en materia de adicciones. Esta labor se complementa con la colaboración permanente con cabildos insulares, ayuntamientos y otros departamentos autonómicos como educación, servicios sociales, juventud y justicia, lo que favorece una visión integral y transversal.

- **Participación del tercer sector.**

El Plan cuenta con una implicación activa de ONG, asociaciones de familiares y entidades comunitarias, que participan en las fases de planificación, ejecución y seguimiento de los programas. Esta colaboración aporta conocimiento especializado, cercanía a la realidad social y una mayor capacidad de adaptación de las intervenciones a las necesidades reales de las personas.

- **Alianza con redes sociales y comunitarias.**

Existe una experiencia consolidada de trabajo conjunto con federaciones, asociaciones vecinales y organizaciones profesionales, que refuerza el enfoque comunitario del Plan. Estas alianzas facilitan la detección temprana de problemáticas, la prevención desde el entorno cercano y la generación de respuestas más contextualizadas y sostenibles.

- **Espacios de encuentro y colaboración.**

La realización de mesas de coordinación, comisiones técnicas y jornadas participativas constituye una fortaleza relevante del sistema. Estos espacios permiten el intercambio de información, la puesta en común de experiencias y la difusión de buenas prácticas, favoreciendo el aprendizaje colectivo y la mejora continua de las intervenciones.

- **Incorporación progresiva de la perspectiva de género y diversidad.**

El Plan avanza en la inclusión de la perspectiva de género y de diversidad, promoviendo la participación de mujeres y colectivos en situación de mayor vulnerabilidad en los procesos de consulta y diseño de intervenciones. Este enfoque contribuye a una mayor equidad y a la adecuación de las políticas a realidades diversas.

- **Reconocimiento de la participación ciudadana como valor añadido.**

La participación de personas usuarias y familiares es reconocida explícitamente como un elemento clave para mejorar la pertinencia, la calidad y la eficacia de las políticas públicas en adicciones. Este enfoque refuerza la orientación centrada en las personas y legitima socialmente las actuaciones desarrolladas.

- **Base normativa y técnica para la cooperación intersectorial**

El Plan se apoya en una base normativa y técnica que facilita la coordinación con otros planes sectoriales vigentes en Canarias, como los relacionados con salud mental, juventud o exclusión social. La existencia de acuerdos y protocolos intersectoriales debería favorecer la coherencia de las políticas públicas y el aprovechamiento sinérgico de recursos.

Oportunidades Área 13.4 Coordinación y Participación

- **Diseño del V Plan Canario sobre Adicciones (2026-2030).**

La elaboración del V Plan Canario sobre Adicciones constituye una oportunidad estratégica para reforzar y consolidar las estructuras de coordinación existentes, corrigiendo debilidades detectadas en planes anteriores. Asimismo, permite ampliar y sistematizar la participación de entidades sociales, personas usuarias y familiares en la definición, seguimiento y evaluación de las políticas públicas, fortaleciendo la corresponsabilidad y la legitimidad social del Plan.

- **Creciente sensibilización social hacia la salud mental y las adicciones.**

En los últimos años, y especialmente tras la pandemia, se ha incrementado la conciencia social sobre la importancia de la salud mental y las adicciones como problemas de salud pública. Este contexto favorece una mayor disposición de la ciudadanía a implicarse en procesos comunitarios y participativos, reduciendo estigmas y facilitando el diálogo social.

- **Impulso de la digitalización.**

El desarrollo de herramientas digitales y plataformas online ofrece nuevas posibilidades para mejorar la coordinación interinstitucional y facilitar la participación ciudadana. Estas soluciones permiten superar barreras geográficas propias del archipiélago, favoreciendo la implicación de islas no capitalinas y municipios con menor capacidad presencial.

- **Fondos europeos y nacionales.**

La disponibilidad de fondos europeos y estatales vinculados a inclusión social, juventud, digitalización y salud comunitaria representa una oportunidad clave para financiar estructuras estables de coordinación y participación. Estos recursos pueden contribuir a superar la dependencia de proyectos puntuales y avanzar hacia modelos más sostenibles.

- **Experiencia y fortaleza del tercer sector.**

Las ONG, asociaciones y colectivos con amplia trayectoria en el ámbito de las adicciones y la salud mental aportan conocimiento especializado, cercanía a la realidad social y legitimidad a los procesos participativos. Su implicación puede

fortalecer la calidad de la toma de decisiones y mejorar la adecuación de las políticas a las necesidades reales.

- **Avances en la perspectiva de género y diversidad.**

La consolidación de enfoques basados en la igualdad de género y la diversidad abre la posibilidad de reforzar la participación de mujeres, jóvenes y colectivos en situación de mayor vulnerabilidad. Esto contribuye a diseñar políticas más inclusivas, equitativas y representativas de la pluralidad social.

- **Tendencia hacia la gobernanza colaborativa.**

A nivel europeo y estatal se impulsa un modelo de gobernanza más intersectorial y participativo, basado en la colaboración entre administraciones, entidades sociales y ciudadanía. Esta tendencia refuerza el marco político y técnico para avanzar en procesos de coordinación y participación más sólidos y efectivos.

TABLA DAFO – ÁREA DE COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN

DEBILIDADES	AMENAZAS
● Fragmentación institucional entre Gobierno de Canarias, cabildos y ayuntamientos. ● Desigual implantación territorial de estructuras de coordinación y participación. ● Mecanismos de coordinación intersectorial poco sistematizados y sin protocolos estables. ● Participación ciudadana limitada, con escasos espacios estables de consulta o cogestión. ● Dependencia de proyectos y financiación temporal para sostener espacios participativos. ● Escasa visibilidad y difusión de los procesos participativos y sus resultados. ● Participación desigual del tercer sector en la toma de decisiones estratégicas. ● Ausencia de indicadores claros para evaluar el grado real de coordinación y participación.	● Fragmentación del sistema autonómico y local que puede generar duplicidades o vacíos en la respuesta. ● Desigualdad territorial, especialmente en islas no capitalinas y municipios pequeños con menos recursos. ● Cambios políticos y de gestión que dificultan la continuidad de los procesos participativos. ● Fatiga participativa o desconfianza si no se perciben resultados claros en la toma de decisiones. ● Dependencia de financiación externa o temporal que impide consolidar estructuras estables. ● Sobrecarga de los profesionales, que limita su capacidad de implicarse en procesos de coordinación. ● Desajuste entre los tiempos políticos y los tiempos necesarios para procesos comunitarios reales. ● Contexto socioeconómico adverso que reduce la capacidad de implicación ciudadana sostenida.

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
● Conocimiento generalizado del IV Plan Canario sobre Adicciones entre administraciones y entidades sociales. ● Existencia de experiencias previas de coordinación interinstitucional y mesas técnicas locales. ● Participación del tercer sector con experiencia y arraigo comunitario en el ámbito de las adicciones. ● Reconocimiento del valor de la participación cuando es estructurada y continuada. ● Experiencias positivas en elaboración de planes municipales e insulares con participación social. ● Redes intersectoriales existentes entre sanidad, servicios sociales, educación y ONG. ● Capacidad de las entidades sociales para movilizar a colectivos y ciudadanía. ● Reconocimiento de la necesidad de mejorar la coordinación como eje estratégico del sistema.	● Nuevo ciclo de planificación del V Plan Canario (2026-2030) que permite reforzar y estructurar la coordinación y participación. ● Mayor sensibilización social hacia la salud mental y las adicciones tras la pandemia. ● Digitalización y uso de plataformas online que facilitan la coordinación y la participación en todo el archipiélago. ● Disponibilidad de fondos europeos y nacionales para inclusión social, salud comunitaria y gobernanza. ● Tendencia hacia modelos de gobernanza colaborativa e intersectorial a nivel europeo y estatal. ● Refuerzo de la participación de mujeres, jóvenes y colectivos vulnerables desde la perspectiva de género y diversidad. ● Sinergias con otros planes sectoriales (salud mental, juventud, igualdad, empleo). ● Oportunidad de institucionalizar espacios estables de participación con respaldo normativo y financiero.

CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DAFO

El análisis DAFO del área de Coordinación y Participación pone de manifiesto que, aunque existe un marco institucional y social favorable para avanzar hacia modelos más colaborativos y participativos en las políticas de adicciones, persisten debilidades estructurales que limitan su eficacia y sostenibilidad.

Entre las principales debilidades internas, destaca el no funcionamiento de las estructuras de participación (comisión de adicciones desde la ley 9/98) la fragmentación institucional entre los distintos niveles de la administración y la desigual implantación territorial de los mecanismos de coordinación y participación, lo que genera respuestas heterogéneas según el territorio. A ello se suma la escasa sistematización de los procesos de coordinación intersectorial, la limitada participación ciudadana y la dependencia de financiación temporal, que dificultan la continuidad de los espacios participativos y reducen su impacto real en la toma de decisiones. Asimismo, la falta de indicadores claros de evaluación impide medir de forma objetiva el grado de coordinación y participación alcanzado.

En el plano externo, las amenazas más relevantes están vinculadas a la inestabilidad política, la sobrecarga de los profesionales, la fatiga participativa y las desigualdades territoriales y socioeconómicas, que pueden debilitar los procesos de gobernanza compartida si no se abordan de manera estructural. El desajuste entre los tiempos políticos y los tiempos necesarios para la construcción de procesos comunitarios sólidos constituye también un riesgo para la consolidación de la participación.

No obstante, el análisis evidencia fortalezas significativas sobre las que construir avances futuros. Destacan la existencia de experiencias previas de coordinación interinstitucional, el papel clave del tercer sector y el reconocimiento compartido del valor de la participación cuando esta es regular, estructurada y con retorno claro de resultados. Estas fortalezas demuestran que existen capacidades y aprendizajes acumulados en el sistema.

En cuanto a las oportunidades, el inicio del V Plan Canario sobre Adicciones (2026-2030) se presenta como un momento estratégico para institucionalizar la coordinación y la participación como ejes estructurales de las políticas públicas en adicciones. La mayor sensibilización social hacia la salud mental, el impulso de la digitalización, la disponibilidad de fondos europeos y la tendencia hacia modelos de gobernanza colaborativa ofrecen un contexto favorable para reforzar la corresponsabilidad entre administraciones, entidades sociales y ciudadanía.

En conclusión, el DAFO evidencia la necesidad de pasar de una participación mayoritariamente puntual y consultiva a un modelo estable, evaluable y con impacto real, sustentado en liderazgo institucional, financiación plurianual, coordinación intersectorial efectiva y una participación ciudadana más inclusiva. Consolidar estos elementos será clave para garantizar políticas de adicciones más coherentes, equitativas y adaptadas a la diversidad territorial de Canarias.

MATRIZ CAME

CORREGIR (Debilidades)	AFRONTAR (Amenazas)
• Sistematizar la coordinación interinstitucional mediante protocolos estables entre sanidad, educación, servicios sociales, justicia y empleo. • Reducir la fragmentación institucional reforzando el liderazgo autonómico y clarificando roles entre Gobierno, cabildos y ayuntamientos. • Mejorar la implantación territorial de los espacios de coordinación y participación, garantizando equidad entre islas y municipios. • Incrementar la participación ciudadana mediante espacios estables de consulta y cogestión con usuarios, familias y comunidad. • Asegurar financiación estable y plurianual para las estructuras de coordinación y participación. • Desarrollar indicadores comunes que permitan evaluar de forma objetiva la coordinación y la participación.	• Establecer y dinamizar estructuras de coordinación permanentes que minimicen el impacto de cambios políticos y de gestión. • Diseñar mecanismos de participación flexibles que eviten la fatiga participativa y se adapten a la disponibilidad de los colectivos. • Compensar las desigualdades territoriales mediante apoyo técnico y financiero específico a islas no capitalinas y municipios pequeños. • Ajustar los tiempos de los procesos participativos a los ritmos comunitarios, evitando enfoques excesivamente burocráticos. • Prever medidas de apoyo a profesionales para evitar la sobrecarga derivada de la coordinación intersectorial. • Proteger los procesos participativos frente a contextos socioeconómicos adversos mediante apoyo institucional continuado.

MANTENER (Fortalezas)	EXPLOTAR (Oportunidades)
• Mantener las experiencias positivas de mesas técnicas, comisiones interinstitucionales y redes locales ya consolidadas. • Consolidar el papel del tercer sector como agente clave en la coordinación y la participación social. • Reforzar la cultura de corresponsabilidad generada en los espacios participativos que funcionan de manera regular. • Mantener los espacios de diálogo intersectorial que han demostrado utilidad en la planificación y evaluación de políticas. • Preservar las dinámicas de trabajo colaborativo entre administraciones y entidades sociales.	• Aprovechar el V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030) para institucionalizar la coordinación y la participación como ejes estructurales. • Utilizar la digitalización para mejorar la coordinación interinstitucional y facilitar la participación ciudadana en todo el archipiélago. • Canalizar fondos europeos y nacionales para crear estructuras estables de gobernanza participativa. • Impulsar la participación de mujeres, jóvenes y colectivos vulnerables desde la perspectiva de género y diversidad. • Generar sinergias con otros planes sectoriales (salud mental, juventud, igualdad, empleo) para un enfoque integral.

TABLA DAFO – CAME

DAFO	CAME – Estrategias derivadas
DEBILIDADES • Fragmentación institucional entre niveles administrativos. • Desigual implantación territorial de estructuras de coordinación. • Falta de protocolos estables de coordinación intersectorial. • Participación ciudadana limitada y poco estructurada. • Dependencia de financiación temporal. • Escasa visibilidad de los procesos participativos. • Implicación desigual del tercer sector. • Ausencia de indicadores claros de evaluación.	CORREGIR • Sistematizar la coordinación mediante protocolos comunes entre sanidad, educación, servicios sociales, justicia y empleo. • Reforzar el liderazgo autonómico para reducir la fragmentación institucional. • Garantizar financiación estable y plurianual para estructuras de coordinación y participación. • Crear espacios estables de participación ciudadana con capacidad real de incidencia. • Desarrollar indicadores comunes para evaluar coordinación y participación.
AMENAZAS • Cambios políticos y rotación institucional. • Desigualdad territorial y falta de recursos en islas no capitalinas. • Dependencia de financiación externa. • Sobrecarga profesional y fatiga participativa. • Escasa percepción de impacto real de la participación. • Contexto socioeconómico adverso.	AFRONTAR • Institucionalizar las estructuras de coordinación para protegerlas de cambios políticos. • Apoyar técnica y económicamente a territorios con menor capacidad organizativa. • Ajustar los procesos participativos a los ritmos comunitarios para evitar la fatiga. • Reconocer y visibilizar los resultados de la participación para reforzar la motivación social. • Prever medidas de alivio de carga para profesionales implicados en la coordinación.
FORTALEZAS • Conocimiento generalizado del IV Plan Canario sobre Adicciones. • Existencia de experiencias positivas de mesas técnicas y comisiones interinstitucionales. • Implicación del tercer sector en procesos	MANTENER • Consolidar las mesas técnicas y espacios intersectoriales que ya funcionan. • Mantener el papel activo del tercer sector como agente clave de participación. • Reforzar las experiencias exitosas de coordinación local e insular.

de planificación y evaluación. • Dinámicas de corresponsabilidad en algunos territorios.	• Preservar las dinámicas de trabajo colaborativo entre administraciones y entidades sociales.
OPORTUNIDADES • Diseño del V Plan Canario sobre Adicciones (2026–2030). • Mayor sensibilización social tras la pandemia. • Impulso de la digitalización. • Disponibilidad de fondos europeos y nacionales. • Fortalecimiento del tercer sector. • Avances en perspectiva de género y diversidad. • Sinergias con otros planes sectoriales.	EXPLOTAR • Integrar la coordinación y la participación como ejes estructurales del V Plan. • Utilizar herramientas digitales para ampliar la participación ciudadana. • Canalizar fondos europeos para crear estructuras estables de gobernanza colaborativa. • Ampliar la participación de mujeres, jóvenes y colectivos vulnerables. • Coordinar acciones con planes de salud mental, juventud, igualdad y empleo.

9.Limitaciones en la evaluación del IV Plan Canario de Adicciones

Pese al esfuerzo de diseño metodológico y a la amplitud de fuentes utilizadas, el diagnóstico profesional del IV Plan Canario sobre Adicciones presenta una serie de limitaciones que deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar sus resultados y derivar recomendaciones.

En primer lugar, existen limitaciones vinculadas a la **disponibilidad, calidad y oportunidad de los datos**. Los sistemas estadísticos y de información sanitaria, social y educativa no siempre aportan series homogéneas, desagregadas y actualizadas para todo el periodo 2022–2024, lo que obliga en algunos casos a trabajar con datos de años previos, estimaciones o agregados que reducen la precisión del análisis territorial y por subpoblaciones. Del mismo modo, la diversidad de definiciones operativas y de indicadores entre fuentes dificulta la plena comparabilidad longitudinal y entre ámbitos.

Asimismo, debe señalarse como una limitación relevante la inexistencia de memorias intermedias de seguimiento durante la vigencia del IV Plan. La ausencia de informes periódicos estructurados ha dificultado el monitoreo continuo del grado de ejecución de las medidas, la detección temprana de desviaciones y la introducción de ajustes correctores en tiempo real.

En relación con ello, los indicadores de evaluación previstos en el propio Plan no han sido medidos con continuidad ni de forma sistemática a lo largo del periodo 2022–2024. En varios casos, dichos indicadores no resultan plenamente medibles en el momento actual con los datos disponibles, bien por falta de fuentes específicas, bien por ausencia de participación de los sectores implicados. Esta situación limita la capacidad para valorar con precisión el grado de cumplimiento de objetivos y el impacto real de las actuaciones desarrolladas.

En segundo lugar, deben señalarse restricciones asociadas a la **participación y representatividad de los agentes implicados**. Aunque se ha realizado un esfuerzo específico por implicar a entidades de todos los ámbitos (educativo, sanitario, social, comunitario, laboral, etc.) y niveles territoriales desde las competencias que señala la ley 9/98, la participación ha sido desigual entre instituciones, sectores, islas, municipios y tipos de recurso. Esto introduce posibles sesgos de selección, en la medida en que las visiones y valoraciones recogidas pueden sobrerrepresentar a los dispositivos más activos, mejor dotados o con mayor cultura evaluadora, y subrepresentar realidades con menor capacidad técnica o menor conexión con los procesos de planificación autonómica.

Resulta especialmente significativa la falta de participación de una parte relevante de las instituciones y entidades subvencionadas por el Gobierno de Canarias en el ámbito de las adicciones, cuya implicación en el proceso evaluador habría sido clave para disponer de una visión más completa y equilibrada sobre la ejecución real de programas financiados con fondos públicos.

En tercer lugar, el diagnóstico profesional se basa en una **combinación de datos cuantitativos y juicios de valor experto**, lo que constituye una fortaleza, pero también introduce inercias y marcos interpretativos propios de los equipos participantes. Pese a los esfuerzos por explicitar criterios, triangulación de fuentes y consensos, determinadas interpretaciones sobre el grado de desarrollo de actuaciones, la suficiencia de recursos o la efectividad de las estrategias pueden estar condicionadas por expectativas, experiencias previas o posiciones institucionales.

En cuarto lugar, la **heterogeneidad territorial y demográfica del archipiélago** plantea desafíos específicos para la generalización de resultados. La existencia de islas capitalinas con elevada concentración de recursos y, al mismo tiempo, territorios insulares o municipales con baja densidad poblacional y dotaciones muy limitadas, dificulta la elaboración de conclusiones que sean plenamente representativas de “Canarias” como conjunto. En algunos casos, los datos disponibles permiten identificar tendencias, pero no captan con suficiente resolución las desigualdades insulares ni las realidades de zonas rurales o barrios de alta vulnerabilidad.

Finalmente, debe destacarse que el diagnóstico se centra en el **periodo de vigencia del IV Plan (2022–2024)**, en un contexto marcado por inercias de la pandemia de COVID-19, cambios normativos y transformaciones socioeconómicas aceleradas (inflación, precariedad, crisis de salud mental). Esto implica que algunos fenómenos emergentes (por ejemplo, nuevas formas de consumo, cambios en patrones digitales o transformaciones del mercado de juego online) solo se captan de manera parcial y requerirán seguimiento específico en el próximo ciclo de planificación.

En conjunto, estas limitaciones no invalidan los resultados obtenidos, pero sí aconsejan interpretarlos con prudencia, complementarlos con análisis adicionales en ámbitos específicos y considerar la mejora de los sistemas de información, de las estrategias de participación y de la capacidad evaluadora como objetivos prioritarios del futuro Plan Canario sobre Adicciones.