

INFORME DEL NODO ESPAÑA

Recomendaciones para las políticas, programas e intervenciones en materia de drogas y adicciones



Autores: Josep Rovira Guardiola de Asociación Bienestar y Desarrollo, Marina Vega de Centro Red Asturias (UNAD), Yolanda Nieves de la Fundación Atenea.

El presente informe recoge las conclusiones clave del debate llevado a cabo por el Nodo España (Asociación Bienestar Y Desarrollo; Asociación Provincial Contra Las Toxicomanías; Unión Asociaciones Y Entidades De Atención Al Drogodependiente; Asociación Proyecto Hombre; Asociación Punto Omega; Fundación Atenea; Fundación Emet; Socidrogalcohol) en el marco del Proyecto “Recomendaciones para las políticas, programas e intervenciones en materia de drogas y adicciones en Iberoamérica”, con financiamiento de la Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogas y Adicciones (RIOD). El documento no refleja, en ningún caso, las opiniones de los entes financiadores.

Agradecimientos: Azahara Dovao López (Fundación Emet) ; Blanca Martínez Bugarín, (Asociación ANTOX); Claudio Vidal Giné, (Grupo ABD) ;Eider Homraetxea Llanos (Fundación Etorkintza) ; Enric Marcos Peláez (Asociación Promoción y desarrollo social (PDS)); Erdoitza Unanue Herrero (Fundación Gizakia) ;Jordi Garo (Grupo ABD-Energy control) ;Laura Durán González (Asociación Érguete) ; Marina Vega Canella (Centro RED); Gemma Maudes Rosselló (Fundación Salud y Comunidad); Josep Rovira Guardiola (Grupo ABD); Nicanor Mestres Lechón (Grupo ABD); Sonia Mollón Camps (Grupo ABD); Constanza Martínez Sancho (APCT); Felisa Pérez Antón (Grupo ABD) y Lola Capdepón Balaguer (UNAD); M.ª Teresa López Ruiz (Fundación Atenea); María Victoria Martín Jiménez (Asociación Punto Omega); Aingeru Rincón Beniro (Grupo ABD); Ester Aranda Rodríguez (Grupo ABD); Kilian Alonso Arce (Grupo ABD); Marta Escolano Vega (Asociación Progestion); Marina Vega Canella (Centro Red); Auxiliadora Fernández López (Fundación EMET); Sandra María Calero Blanco (APCT); Mery Peña Guzmán (Grupo ABD).

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	5
MÉTODO DE TRABAJO	8
1. EJE 1. PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN ESPAÑA	10
1.1 Importancia, finalidad y perspectiva de la prevención.....	10
1.2 Contextos y retos actuales de la prevención.....	13
1.2.1. La prevención en la actual Estrategia Nacional de Adicciones (ENA)	13
1.2.2. Análisis de datos: Tendencias en consumo de drogas	14
1.3. Retos de la prevención y reducción del riesgo en España	16
1.4. El camino a seguir: Avanzar en la prevención	21
1.5. Conclusiones	26
Bibliografía.....	28
2. EL TRATAMIENTO EN ESPAÑA	30
2.1. El tratamiento como eje indispensable.	30
2.2. Contextos y retos actuales del tratamiento.	32
2.2.1. Normatividad y política frente al tratamiento de adicciones	33
2.2.2. Cobertura de los programas que se implementan	34
2.2.3. Problemáticas identificadas según estudios más recientes	35
2.2.4. Existencia de programas basados en evidencia.	35
2.2.5. Indicadores de resultados e impacto de programas de tratamiento	36
2.2.6. Aportación de los grupos focales	36
2.3. Retos del Tratamiento y la Rehabilitación en España.....	36
2.4. El camino a seguir: avanzar en el tratamiento.	42
2.5. Conclusiones	51
Bibliografía	52
3. REDUCCIÓN DE DAÑOS EN ESPAÑA	55
3.1. La reducción de daños, como eje de políticas indispensable.....	55
3.2. La reducción de daños en España.....	57
3.2.1. Origen y Desarrollo de la Reducción de Daños en España	57
3.2.2 Incorporación en la Estrategia Nacional.....	58
3.2.3. Programas y servicios de reducción de daños en España	59
3.3. Contexto y retos actuales de la reducción de daños.....	62
3.3.1. La reducción de daños en la actual Estrategia Nacional de Adicciones	62
3.3.2. Análisis de datos: Consumo de Drogas y Problemáticas Asociadas.....	63

3.3.3. Retos de la Reducción de daños en España	67
3.4. El camino a seguir: Avanzar en la reducción de daños.....	73
3.5. Conclusiones.....	82

INTRODUCCIÓN

Las políticas de drogas son un conjunto de estrategias, leyes, programas y medidas adoptadas por el Estado con el objetivo de regular el uso, producción, distribución y comercialización de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales. Estas políticas buscan mitigar los daños asociados al consumo de drogas, proteger la salud pública, garantizar la seguridad ciudadana y promover la justicia social. En su implementación, las políticas de drogas deben equilibrar medidas de prevención, tratamiento, reducción de daños y control de la oferta, respetando siempre los derechos humanos y las realidades sociales y culturales del país.

Es crucial que las políticas de drogas también integren la cooperación internacional y el desarrollo alternativo. La cooperación internacional es vital para coordinar esfuerzos globales en la lucha contra el narcotráfico y para abordar de manera conjunta el consumo problemático, ya que el fenómeno de las drogas trasciende las fronteras nacionales. Por su parte, el desarrollo alternativo ofrece soluciones económicas sostenibles a las comunidades que dependen del cultivo de drogas ilícitas, promoviendo actividades legales que contribuyan al desarrollo socioeconómico y a la reducción de la pobreza.

Las políticas de drogas desempeñan un papel fundamental en la gestión de los problemas asociados al consumo de sustancias. Su importancia radica en diversos aspectos clave. Primero, la protección de la salud pública, ya que permiten al Estado implementar medidas preventivas y de tratamiento que reducen los impactos negativos del consumo en la población. Segundo, la reducción del crimen y la inseguridad, disminuyendo la delincuencia asociada al tráfico de drogas mediante un enfoque que combina la represión con la rehabilitación y reinserción social. Tercero, en términos de justicia social, estas políticas combaten la estigmatización de las personas que consumen drogas, fomentando la equidad y reduciendo las desigualdades sociales. Además, una gestión eficiente de los recursos promueve la sostenibilidad económica, reduciendo la sobrecarga en los sistemas de salud y justicia y optimizando el uso de los recursos públicos. Finalmente, estas políticas son esenciales para la protección de los derechos humanos, asegurando que las personas afectadas por el consumo de drogas reciban un trato digno y acceso adecuado a servicios de salud.

El propósito del presente documento es estructurar un análisis y plantear recomendaciones para mejorar las intervenciones de las políticas de drogas en España. Debido al vasto trabajo que ello comportaría se ha priorizado hacerlo en relación a tres ejes: prevención, tratamiento y reducción de daños. Se pretende así contribuir al desarrollo de políticas más inclusivas y efectivas, que respondan a las necesidades actuales del país. Este análisis se ha realizado mediante una revisión exhaustiva de bibliografía, documentos y posicionamientos previos de la Red Iberoamericana de Organizaciones no Gubernamentales que trabajan en Drogas y Adicciones (RIOD), y se ha contrastado con actores clave mediante entrevistas y grupos focales de discusión. La intención es profundizar en la comprensión del contexto actual y fortalecer la incidencia en las políticas públicas relacionadas con el consumo de drogas en España.

En España, las políticas de drogas están articuladas en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (ENA), aunque es importante conocer que las diferentes comunidades autónomas cuentan con estrategias y planes territoriales que comportan ciertas diferencias en planteamientos y desarrollos con la estatal y respecto a otras comunidades. La ENA 2017-2024 en España está inspirada en el marco de la Estrategia de la Unión Europea 2013-2020, pero ha sido adaptada a las particularidades y necesidades de la realidad española. Se organiza en torno a dos grandes metas, que a su vez se desglosan en una serie de objetivos estratégicos agrupados en diferentes áreas de actuación. Además, se sustenta en seis áreas de actuación transversales que aseguran la coherencia y efectividad del enfoque global.

Las dos metas principales son, por un lado, alcanzar una sociedad más saludable e informada; lo que implica la reducción de la demanda de drogas y de la prevalencia de adicciones en general, promoviendo un entorno que priorice la salud y el bienestar. Por otro lado, busca tener una sociedad más segura, con un enfoque en la reducción de la oferta de drogas y en el control de actividades que puedan derivar en situaciones de adicción, asegurando así la protección y seguridad de la ciudadanía.

Así, en la **Meta 1 – Hacia una sociedad más saludable e informada**, se encuentran cuatro áreas de actuación fundamentales (prevención y reducción de riesgos; atención integral y multidisciplinar; reducción de daños e incorporación social). Prestaremos atención de análisis a las tres primeras que se articulan a través de acciones concretas, objetivos específicos, actividades diseñadas para su implementación, y una serie de indicadores que permiten evaluar su impacto y efectividad.

Área 1. Prevención y Reducción del Riesgo: El área de Prevención y Reducción del Riesgo se enfoca en evitar el inicio en el consumo de drogas y reducir la prevalencia de las conductas adictivas. Esta área incluye programas educativos y de sensibilización dirigidos a la población general, con especial énfasis en los jóvenes. Entre sus acciones se encuentran la promoción de estilos de vida saludables, la mejora del acceso a información veraz sobre los riesgos asociados al consumo de drogas, y la capacitación de profesionales en el ámbito educativo y sanitario para una intervención más eficaz. Los indicadores de esta área miden la reducción de la prevalencia del consumo, la disminución de factores de riesgo y el aumento de factores de protección.

Área 2. Tratamiento: Esta área tiene como objetivo proporcionar una respuesta asistencial completa a las personas afectadas por adicciones. Esto incluye el acceso a servicios de salud especializados, la coordinación entre diferentes disciplinas (médica, psicológica, social) y la adaptación de los tratamientos a las necesidades individuales de cada persona. Las acciones en esta área incluyen la ampliación de la red de servicios de atención a las adicciones, el fortalecimiento de la atención primaria en la identificación precoz de problemas de adicción, y la mejora en la formación de los profesionales de salud. Los indicadores de evaluación se centran en la calidad de los servicios prestados, el acceso a la atención y la satisfacción de los usuarios.

Área 3. Reducción de Daños: La Reducción de Daños es un área clave que busca minimizar los efectos adversos del consumo de drogas en las personas que no están en condiciones de dejar el consumo. Este enfoque no exige la abstinencia, sino que se

centra en medidas que protegen la salud y reducen los riesgos asociados al consumo de sustancias. Entre las acciones se encuentran los programas de intercambio de jeringuillas, el suministro de naloxona para prevenir sobredosis, y la implementación de espacios seguros de consumo supervisado. Los indicadores de esta área incluyen la reducción de las tasas de infecciones, la disminución de las muertes por sobredosis y la participación en los programas de reducción de daños.

Cada una de estas áreas de actuación cuenta con objetivos claramente definidos y acciones específicas que son evaluadas mediante indicadores de rendimiento, asegurando así una implementación coherente y eficaz de la Estrategia Nacional sobre Adicciones, con el fin último de promover una sociedad más saludable y bien informada.

Para lograr estos objetivos, la estrategia se apoya en seis áreas de actuación transversales que facilitan la implementación de las políticas y garantizan un enfoque multidimensional:

- **Coordinación:** asegurar una colaboración efectiva entre los diferentes niveles de gobierno y las distintas entidades implicadas en la ejecución de la estrategia.
- **Gestión del conocimiento:** incluye el desarrollo y mantenimiento de sistemas de información, la promoción de la investigación y la formación continua de los profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones.
- **Legislación:** adaptar y desarrollar un marco legal que apoye los objetivos de la estrategia, respondiendo a las necesidades emergentes en materia de adicciones y consumo de drogas.
- **Cooperación internacional:** participar activamente en la colaboración con otros países y organismos internacionales, promoviendo la transferencia de conocimientos y buenas prácticas a nivel global.
- **Comunicación y difusión:** asegurar que la población tenga acceso a información precisa y clara sobre las políticas de drogas y las iniciativas relacionadas con la reducción de adicciones.
- **Evaluación y calidad:** implementar mecanismos de evaluación que permitan medir la efectividad de las acciones y ajustar las políticas en función de los resultados obtenidos.

La implementación de esta estrategia se ha llevado a cabo a través de dos Planes de Acción consecutivos, cada uno con una duración de cuatro años: el primero abarcó de 2017 a 2020 y el segundo de 2021 a 2024. Cada Plan de Acción incluye un conjunto detallado de acciones específicas a realizar, identificando claramente los organismos y entidades responsables de su ejecución. Asimismo, se establecen indicadores e instrumentos de evaluación para garantizar que las acciones se lleven a cabo de manera efectiva y que se puedan realizar los ajustes necesarios en función de los resultados obtenidos.

Así, el trabajo propuesto por RIOD en relación a las políticas de drogas en España acuerdo a su realidad y necesidad de mejora, va a situarse en el análisis de la Meta 1 y las tres áreas de actuación prioritarias comprendida en dicha meta: Prevención y reducción de riesgos; Atención integral i multidisciplinar y Reducción de daños.

El documento busca no solo mejorar las intervenciones actuales, sino también contribuir al desarrollo de políticas públicas más inclusivas, basadas en derechos humanos y adaptadas a la complejidad del fenómeno del consumo de drogas en la región.

MÉTODO DE TRABAJO

La **Red Iberoamericana de Organizaciones no Gubernamentales que trabajan en Drogas y Adicciones (RIOD)** es una plataforma de cooperación internacional formada por organizaciones de la sociedad civil en Iberoamérica. Su objetivo principal es fortalecer el trabajo de las ONG que abordan el fenómeno de las drogas y las adicciones, promoviendo políticas públicas inclusivas, basadas en la salud, los derechos humanos y la justicia social.

RIOD se organiza en **cuatro nodos geográficos**, que facilitan la coordinación y el trabajo en las distintas regiones que abarca la red:

1. **Nodo Andino** (integrado por países como Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, y Venezuela)
2. **Nodo Cono Sur** (compuesto por Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay y Brasil)
3. **Nodo Centroamérica y Caribe** (que abarca países de Centroamérica y del Caribe)
4. **Nodo España y Portugal** (correspondiente a la región ibérica)

Cada nodo ha sido encargado de organizar un proceso de trabajo de análisis y propuestas de mejora en relación a tres ejes fundamentales de las políticas de drogas: **Prevención, Tratamiento y rehabilitación, y Reducción de daños**. Estos procesos se han diseñado para adaptar las recomendaciones y estrategias a las realidades particulares de cada región, considerando las diferencias sociales, culturales y políticas. A través de este enfoque descentralizado, RIOD busca articular una respuesta más efectiva y contextualizada en cada territorio, con el objetivo final de mejorar las intervenciones y contribuir al desarrollo de políticas públicas más inclusivas y eficaces en toda Iberoamérica.

El **Nodo España**, para coordinar todo el proceso de trabajo, ha establecido una organización encargada de favorecer el proceso y garantizar los procesos metodológicos de obtención de resultados sobre los tres ejes priorizados. Para cada eje priorizado de análisis y propuestas de mejora, se ha establecido una organización facilitadora y de producción de contenidos:

Coordinación: ABD – Asociación Bienestar y Desarrollo	
Fundación Atenea	Prevención: Incluye programas educativos y de concienciación orientados a prevenir el uso de drogas o un consumo riesgoso, especialmente entre jóvenes. Estos programas buscan proporcionar información precisa sobre los riesgos asociados al consumo y promover estilos de vida saludables. También se pretende acompañar a quienes ya consumen para reducir los riesgos asociados.

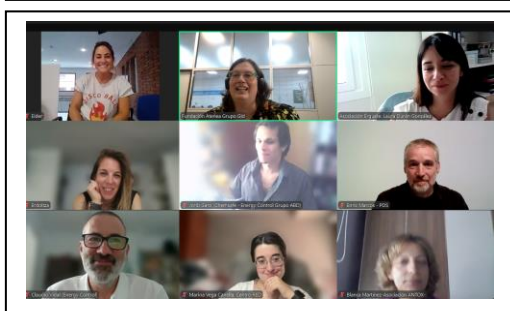
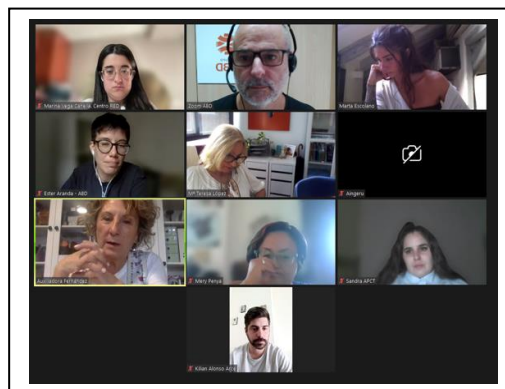
Centro de Adicciones RED	Tratamiento y rehabilitación: Se enfoca en facilitar el acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación para personas con adicciones. Estos servicios incluyen desintoxicación, terapia de sustitución, asesoramiento psicológico y apoyo comunitario, con el fin de ayudar a las personas a superar su adicción y reintegrarse de manera efectiva en la sociedad.
Fundación Acción Bienestar y Desarrollo	Reducción de daños: Este enfoque tiene como objetivo implementar medidas para minimizar los riesgos y efectos perjudiciales del consumo de drogas, sin exigir necesariamente la abstinencia completa. Ejemplos de estas medidas son los programas de intercambio de agujas, las pruebas de detección de sustancias, la educación sobre uso seguro y el suministro de naloxona para prevenir muertes por sobredosis.

Desde el Nodo España de RIOD hemos propuesto un proceso de trabajo propositivo de recomendaciones, a partir de publicaciones y documentos de posicionamiento de la misma RIOD, como también de bibliografía específica de políticas existentes, y a vez la realización de 3 grupos de discusión con profesionales que intervienen en las tres temáticas de análisis. reducción del daño, así como con expertas en género y adicciones. La idea metodológica es reunir y poner a discutir y reflexionar a profesionales con experiencia y conocimientos.

Tratamiento



Reducción de daños



Prevención

1. EJE 1. PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN ESPAÑA

1.1 Importancia, finalidad y perspectiva de la prevención

El enfoque de la prevención en España parte de un enfoque integral de salud que tiene como objetivo reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección frente al consumo de drogas y otras conductas susceptibles de generar adicción. Según el Plan Nacional sobre Drogas la prevención en España tiene una orientación centrada en las personas, teniendo las actuaciones dirigidas a reducir los factores de riesgo y promover los de protección en los entornos un menor desarrollo.

Las actuaciones en materia de prevención de adicciones en el territorio español quedan ordenadas por el gobierno a través de las prioridades marcadas por la Estrategia Nacional de Adicciones (ENA) y sus correspondientes planes de actuación. Entra dentro de las competencias de las Comunidades Autónomas y, especialmente, dentro de las competencias de los municipios, tras la ley de que impulsó que aquellos de más de 200.000 habitantes debían contar con un plan de prevención de adicciones.¹

Las estrategias nacionales de prevención, y por ende autonómicas y municipales, tienen como base las tendencias europeas y las evidencias recogidas a través de las encuestas periódicas sobre prevalencia de adicciones y comportamientos problemáticos que desarrolla el PNSD; permitiendo una base de conocimiento sólido a la hora de marcar objetivos pero también comparar datos propios de determinado territorio con las tendencias nacionales para ajustar la planificación en adicciones. Reforzado por el apoyo que desde las diferentes convocatorias de subvenciones se da a las diferentes líneas de investigación en adicciones; que han contribuido a generar corpus teórico que apoya e impulsa nuevas líneas como la incorporación de la perspectiva de género en el análisis y actuación en adicciones o la interseccionalidad a la hora de analizar consumo de drogas.

Si bien la consideración de la prevención está en su origen vinculada exclusivamente al consumo de sustancias, esta concepción ha ido evolucionando como lo han ido haciendo las tendencias sociales. En la década de los 2000 empieza a centrarse en consumo de alcohol en menores, incorporando el uso de Tecnologías de la Relación, la Información y la Comunicación (TRIC)² y posteriormente el juego. Esto provocó un cambio en el ámbito de las drogodependencias, pasando a ser denominadas adicciones en la estrategia nacional de 2017, aunque las demandas sobre el uso de tecnología habían ido llegando a los programas de prevención antes y el Plan Nacional de Drogas había comenzado su medición en sus encuestas periódicas desde 2008.

A la hora de abordar la prevención se entienden que hay tres categorías básicas de consumo³:

¹ Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local, en la redacción dada por la Ley 27/2013, de 27 de diciembre,

² En aquel momento denominadas nuevas tecnologías.

³ Seguiremos la definición de Ramírez de Arellano, R (2022)

1. Hablamos de consumo o conducta experimental, cuando se prueba por primera vez una sustancia o conducta con intención de probar sus efectos.
2. Hablamos de consumo ocasional, cuando se produce un consumo de sustancias sin periodicidad fija. En el caso de las Tecnologías de la Relación, la Información y la Comunicación (TRIC) la concepción es diferente, dado que en el uso regular no tiene por qué entrañar riesgo, sí se considera cuando existe un mal uso.
3. Cuando el consumo comienza a tener repercusiones sobre la vida de la persona y conlleva conductas de riesgos, como el consumo y la conducción, o se convierte en consumo periódico o como forma de aliviar malestares... lo denominamos consumo problemático o de riesgo.
4. Cuando este nivel de consumo evoluciona hacia ocasionar problemas graves a las personas y ocupa un lugar central en su vida hablamos de abuso y dependencia y es objeto de tratamiento.

De forma paralela se estructuran tres ámbitos de prevención que guían las actuaciones desarrolladas en la materia.

- La **prevención universal**: Tiene como objetivo potenciar los factores de protección fomentando las actitudes y hábitos saludables. Se dirige a toda la población y se desarrolla principalmente en el marco escolar, de las familias y del ocio.
- La **prevención selectiva** es aquella dirigida a grupos de riesgo o subgrupos de la población general que están sometidos a factores de riesgo asociados al consumo de drogas (Ej. Población con absentismo o fracaso escolar, familias con problemas de adicción, población en frecuente conflicto con la ley...etc.)
- La **prevención indicada**, dirigida a aquellas personas que ya han iniciado el consumo y presentan signos de problemas graves asociados al consumo y problemas de conducta.
- Reducción del riesgo, efectuada cuando hay consumo pero no una dependencia y que se destina a prevenir la transformación del consumo en abuso o dependencia y el desarrollo de conductas de riesgo.

La consideración de los objetivos prioritarios y las temáticas centrales de prevención son marcadas por cada una de las Estrategias Nacionales del PNSD, si bien han ido evolucionando según lo ha hecho la llegada de nuevas tendencias, los programas de prevención son las antenas que detectan y adaptan a las tendencias. Así se reconoce en la ley que otorga competencias municipales en programas de prevención, ya que se considera el nivel administrativo que puede detectar y adaptar las actuaciones a las necesidades sociales con mayor rapidez. Específicamente en materias como el consumo de alcohol en menores, donde los puntos de consumo y acceso deben ser abordados desde el ámbito municipal que es donde se hacen visibles.

En cuanto a los agentes que desarrollan la prevención en España tenemos al tercer sector, la Administración y los cuerpos y fuerzas de seguridad a nivel estatal, autonómico y local.

Los programas de prevención pueden estar estructurados a nivel autonómico o estatal y ser desarrollados luego por profesorado o por entidades y profesionales del tercer sector. Siendo esta modalidad frecuente en los programas de prevención universal en ámbitos

educativos y de ocio y tiempo libre. En estos casos, fundamentalmente dirigidos a población adolescente, las actuaciones se enmarcan dentro de la educación para la salud y promoción de hábitos saludables. Según los datos del PNSD para 2022, 1.055.973 estudiantes participaron en programas estructurados de prevención escolar y más de 260.000 menores y jóvenes han participado en programas de ocio alternativo.

Los cuerpos y fuerzas de seguridad tienen sus propios programas de prevención desarrollados dentro de los centros educativos, así como programas específicos de seguridad en el entorno de centros educativos y un programa de prevención selectiva denominado *Agentes tutor*, desarrollado por policía local, con una trayectoria de 12 años.

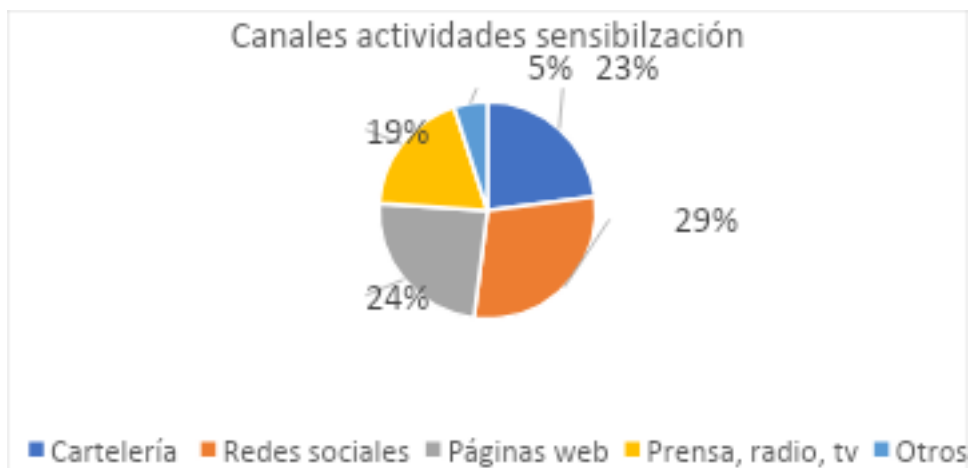
Al centrarse mayoritariamente la prevención en jóvenes los datos se centran en el ámbito educativo, pero no es este el único ámbito en el que se desarrollan actuaciones preventivas. Además de la comunidad educativa, las familias y la población infantil y adolescente se desarrollan actuaciones en el lugar de trabajo, los medios de comunicación, el sistema sanitario (principalmente Atención Primaria), las Fuerzas Armadas (FFAA) así como en sectores específicos como hostelería y restauración, los contextos de ocio, contexto universitario y la comunidad en general.

Mayoritariamente la prevención en el ámbito laboral es desarrollada por sindicatos y objeto de programas específicos ya que deben contemplarse incardinadas como parte del desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

En el caso del ámbito sanitario son las propias personas profesionales las que desarrollan actuaciones, normalmente vinculadas a salud comunitaria y a detección y prevención indicada.

Las fuerzas armadas y cuerpos de seguridad, cuya labor se ha mencionado anteriormente, tienen como objetivo velar por el cumplimiento del marco legal existente en aspectos de protección, regulación y control del acceso de menores a alcohol o a actividades de juego; así como difundir las regulaciones existentes y detectar riesgos asociados como en el caso del consumo de sustancias y la conducción.

Cuando se amplía la mirada a prevención universal general o de sectores específicos como la hostelería o las mujeres embarazadas, la forma de ampliar la capacidad de impacto se enfoca en actividades de sensibilización e información. Las campañas de sensibilización cobran especial importancia en estos ámbitos a través de materiales de sensibilización y prevención. Las actividades de sensibilización forman parte de las actividades preventivas desde el origen del PNSD y han ido transformando sus soportes y contenidos. Actualmente, según los datos del PNSD (2022), la distribución de las actividades se centra mayoritariamente en el ámbito digital.



Fuente: elaboración propia con datos Memoria PNSD 2022

Esta centralidad de lo digital ha sido una tendencia creciente y paralela a la normalización del uso de redes sociales y TRICs. Impulsada en gran medida por la búsqueda de la audiencia joven a la que dirigir la información sobre adicciones y sobre programas y actuaciones y establecida finalmente por la incorporación en todos los ámbitos de la vida social. La presencia dentro del entorno digital de la sensibilización y prevención de adicciones no sólo se limita a las campañas de sensibilización financiadas; la mayoría de las entidades de adicciones, organismos y programas cuentan con páginas web y perfiles en redes sociales desde las que desarrollan labores de difusión y sensibilización.

1.2. Contextos y retos actuales de la prevención

1.2.1. La prevención en la actual Estrategia Nacional de Adicciones (ENA)

La ENA marca como objetivos prioritarios dentro del eje de prevención y reducción del riesgo, los siguientes:

1. Reducir la presencia y promoción de las drogas y de otras conductas susceptibles de generar adicción.
2. Limitar la accesibilidad de los menores a las drogas y a otras conductas susceptibles de adicción.
3. Promover una conciencia social de riesgos y daños provocados por las drogas y adicciones, aumentar la percepción del riesgo asociado al consumo y a determinadas conductas adictivas (juego, TICs) y contar con la participación ciudadana a este propósito.
4. Reducir la injustificada percepción en la sociedad y especialmente entre los menores, sobre la “normalidad” de los consumos de drogas, fundamentalmente de cannabis y de alcohol.
5. Desarrollar habilidades y capacidades personales que reduzcan la vulnerabilidad frente a los consumos de drogas y otras conductas susceptibles de provocar adicción.

6. Promover conductas y hábitos de vida saludables, uso saludable de las nuevas tecnologías y alternativas de ocio sanas, incompatibles con el abuso de sustancias y otras conductas adictivas.
7. Detectar precozmente y prevenir los consumos de mayor riesgo (consumo por parte de menores, embarazadas, durante la conducción de vehículos...).

Estableciendo como grupos poblacionales destinatarios a la población menor de edad y jóvenes, mujeres (especialmente en edad reproductiva y embarazo), población adulta en los grupos etarios donde se observa un mayor consumo, población reclusa y a los perfiles profesionales de hostelería.

El Perfil de Adicciones en España 2022 elaborado por UNAD-Red de atención a las adicciones, con los datos reportados por las entidades de adicciones que la conforman, permite observar los esfuerzos dotados a cada ámbito preventivo. El perfil muestra que, en cuanto a prevención, en 2022 se alcanzó a 237.256 personas y el servicio más usado entre los ofrecidos fue el de prevención universal, el 41% del total. La prevención selectiva supuso el 37% de las atenciones y el 22% accedió a la prevención indicada.

Los datos reportados por la memoria del PNSD junto los reportados por el Perfil de Adicciones configuran una apuesta por la prevención individual. El PNSD señala que la centralidad de los programas preventivos en reforzar los factores de protección individual y centrados principalmente en la adolescencia ha de ser ampliada.

Por ello, desde la última ENA, se señala la necesidad de impulsar el ámbito comunitario y la prevención ambiental. Para que el enfoque de salud pública quede estructurado se necesita que se incida sobre la sustancia, el individuo y el contexto. Por ello desde 2017 se señala desde el PNSD la necesidad de incorporar la prevención ambiental y acciones comunitarias de prevención, si bien las señala sólo para el consumo de alcohol en el ámbito local. La prevención ambiental incide en espacios fundamentalmente de ocio comunitario como pueden ser las fiestas locales o los festivales musicales presentes en España en multitud de localidades y que concentran a gran volumen de población en meses estivales.

Fruto de esta necesidad es el impulso de un anteproyecto de Ley de prevención del consumo de alcohol y sus efectos en personas menores de edad, que, aunque no se ha aprobado como legislación esboza algunas de las cuestiones que están en la mesa como la necesidad de ampliar el trabajo de prevención a personas jóvenes adultas, la inclusión de la formación en adicciones en planes de carreras vinculadas la actuación social y vinculadas a la formación de jóvenes así como la inclusión efectiva de la perspectiva de género en la planificación de adicciones.

1.2.2. Análisis de datos: Tendencias en consumo de drogas

Las actuaciones en materia de prevención tienen su origen en los datos proporcionados a través del análisis de la encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) que permite obtener una perspectiva evolutiva de tendencias desde 1993 a la actualidad. Además, se complementa con la información obtenida a través de la Encuesta

sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) que permite ver esas tendencias en población adulta, especialmente en población joven adulta, al ofrecer datos desagregados por franjas de edad que incluyen los grupos de 15 a 24 años.

Si nos centramos en la población menor de edad el consumo de sustancias se centra en el alcohol (73,6%), tabaco (27,7%), cannabis (21,8%), e hipnosedantes, con o sin receta en un 14,8%. Estas cifras de consumo en el último año marcan algunas de las líneas que caracterizan la prevención en España.

El consumo de alcohol, que ha evolucionado sus patrones de consumo al consumo por atracción (gran cantidad en poco tiempo), preocupa desde la década de los 90. Pese a los esfuerzos en materia de prevención, ha ido sufriendo un descenso en la edad de inicio que lo sitúa en torno a los 13,9 años, y ha ido incorporando a las mujeres a su consumo, superando en algunas franjas de edad al de sus compañeros.

Culturalmente hay una normalización del consumo de alcohol que favorece la tolerancia hacia el consumo en jóvenes. Pese a los límites legales para adquirir bebidas alcohólicas, la edad media de inicio son 14 años, tanto para mujeres como para hombres, y consideran muy accesible su compra en un porcentaje que supera el 90%.

El consumo de cannabis en población adolescente ha ido equiparándose entre hombres y mujeres; si bien se mantiene en consumo ocasional en el 21,8% en el último año (22,5% en chicos y 21,0% en chicas).

Aunque el consumo de hipnosedantes se produce mayoritariamente con prescripción médica; preocupa su aumento en población menor de edad, principalmente mujeres, al ser medicamentos con alto potencial adictivo y estar siendo recetados siguiendo las pautas de medicalización de malestares de género en las mujeres como solución a problemáticas sociales, sobre todo a raíz de la pandemia de la COVID-19.

A mucha distancia, rondando un 2%, pero con presencia constante y a veces creciente, se encuentran la cocaína, el éxtasis, las anfetaminas y los inhalables volátiles. Preocupa que, aún siendo consumos experimentales en menores de edad, van realizándose cada vez a edades más tempranas (en torno a los 15 años), sobre todo por hombres adolescentes. También es preocupante que su consumo aumenta en frecuencia y extensión según se alcanza la mayoría de edad.

Las nuevas sustancias psicoactivas, están llegando a la población, también a la población menor de edad. Estas preocupan por lo rápido de su surgimiento y difusión, por la dificultad de alcanzar desde la prevención la diversidad de sustancias que pueden surgir, así como por sus efectos y los comportamientos de riesgo que pueden entrañar.

Además, persisten las diferencias de género por las que el consumo de sustancias legales es mayor en mujeres mientras que el consumo de sustancias ilegales y poli-consumos son mayores en hombres. Aún así las mujeres adolescentes y jóvenes van incorporándose al consumo de sustancias como el cannabis, sobre todo en las edades más jóvenes.

En el caso del juego en 2023 el 21,5% de los estudiantes de 14 a 18 años había jugado con dinero online y/o presencial en los últimos 12 meses, siendo mayor en el caso de los hombres. Además, sabemos por los datos de población mayor de edad, que en cuanto

cumplen 18 años, este dato aumenta. Desde intervención señalan que las personas jóvenes que llegan con problemas de juego suelen presentar también problemas con el consumo de alcohol y cannabis.

La tendencia a la incorporación de consumos de sustancias es que se incremente con la llegada de la mayoría de edad y los consumos de sustancias ilegales se hagan más frecuentes.

Los datos anteriores de consumo en población adolescentes han de entenderse en un marco más amplio que implican tendencias de consumo a nivel global y actitudes sociales.

Si bien hay sustancias sobre las que existe una normalización social, como el cannabis, cuyo consumo se considera propio de la juventud y experimenta una importante reducción a partir de los 35 años, hay otras como el consumo de hipnosedantes que se enmarcan dentro del consumo de sustancias en España independientemente de la edad.

Si ampliamos este foco a tendencias en población general, hay comportamientos de riesgo que se mantienen vigentes, como la conducción bajo el efecto de sustancias, la falta de información sobre los riesgos de policonsumos, conductas sexuales de riesgo bajo el efecto de sustancias o en entornos de consumo activo.

Los esfuerzos para que los consumos experimentales no se conviertan en problemáticos, la necesidad de dotar de información ante población que consume, la incorporación de la perspectiva de género y las estrategias preventivas de reducción del riesgo se plantean fundamentales conjuntamente con la implementación de estrategias de prevención medioambiental.

1.3. Retos de la prevención y reducción del riesgo en España

De manera complementaria a la panorámica que nos muestran los datos de consumo, la realidad de las actuaciones de prevención y reducción del riesgo nos muestra un escenario con retos marcados.

Pérdida de relevancia social de las adicciones

El contexto en el que nos encontramos es el de la pérdida de relevancia de las adicciones en la esfera pública; que lleva parejo una baja percepción del riesgo y una alta tolerancia social al consumo. En el imaginario social, la persona con adicciones sigue ligada a la década de los ´80 y al perfil de persona con problemas de consumo de esa época. Esto tiene repercusiones directas vinculadas a la prevención: la vuelta a la esfera privada de las adicciones, excepto que desencadenen en problemas de salud u orden público visibles; la minimización de la importancia de las actuaciones sobre adicciones y su visibilidad y el mantenimiento de estigmas y prejuicios, principalmente en el caso de las mujeres y consumos.

Pese a esta invisibilidad en la esfera pública de la prevención, los datos de consumo y usos problemáticos de tecnología nos muestran la necesidad de seguir incidiendo en programas preventivos.

Desigualdad territorial

Aunque las competencias en materia de prevención están claras y las líneas programáticas han de ser, y son, coherentes con la planificación estatal; la diversidad de enfoques y apuestas desde lo autonómico y local configura una realidad muy heterogénea. Como señala una de las profesionales, *“hablar de prevención en el estado español es hablar de diversidad. No es lo mismo lo que hacemos en unas y otras. Si algo hay en común en todas las comunidades autónomas es la precariedad, por la financiación”*. Los enfoques empleados, los programas utilizados y los agentes que implementan cada programa son diferenciales en función de las comunidades autónomas, incluso en el desarrollo de prevención en el ámbito educativo, que como hemos visto es la más general. También es distinta la existencia de instancias de coordinación entre actores o el enfoque con el que se aborda la prevención. Así encontramos comunidades autónomas en las que se estructuran programas de prevención indicada que cubren de los 14 a 17 años sólo en institutos, a comunidades que incluyen el ámbito universitario; otras que centran la prevención educativa en lo desarrollado por el cuerpo docente y comunidades que permiten que el tercer sector desarrolle actividades preventivas. Esta realidad se refleja específicamente con aquellos enfoques vinculados a población con consumo de sustancias, programas de prevención indicada y de reducción del riesgo.

Estabilidad en la planificación y financiación

Si bien la planificación local en materia de prevención fue vista como el instrumento más ágil y pegado a la realidad para poder reaccionar y elaborar estrategias preventivas, la realidad nos devuelve un retrato diferencial. Vinculado a la pérdida de relevancia de las adicciones, la necesidad de la prevención se pone en la esfera pública sólo desde los medios y ante situaciones locales muy concretas, normalmente fenómenos de consumo aislados o llamativos, que no suelen ser muy representativos de las tendencias generales o que presentan problemas de orden público. Se articulan respuestas entonces motivadas desde esas alertas sociales, pero no siempre obedecen a una planificación y además pueden ir en detrimento de la ejecución de otros proyectos de prevención con menor visibilidad social pero igualmente necesarios.

Una de las profesionales enuncia perfectamente la realidad de muchos de los planes de prevención a nivel local, *“se elaboran planes locales lo cual es muy interesante, porque se establecen un número de acciones que van coordinadas desde los diferentes ámbitos, ampliando la escolar... pero a veces duran dos años, duran cuatro años, a veces se para, vuelven a empezar...”*. Esta realidad se ha ido haciendo patente en las sucesivas crisis desde 2008 y está vinculada a la prioridad política y presupuestaria de las corporaciones locales sobre las adicciones. No solo en cuanto a existencia de los planes locales en sí mismos, sino de los medios efectivos dedicados a su ejecución. Afecta tanto a la continuidad de las actuaciones, proyectos e incluso profesionales y entidades, como a la consecución de objetivos y a la coordinación de agentes preventivos.

Incorporación de la perspectiva de género

Las mujeres jóvenes se han ido incorporando al consumo de sustancias - fundamentalmente alcohol-, incluso en mayor medida que los jóvenes; a pesar de que el riesgo del consumo es para ellas mayor. Por una parte, porque los hombres ejercen

violencias sobre las mujeres en entornos de consumo y por otra, porque esa falsa percepción de igualdad a la hora de consumir, acaba al alcanzar la edad adulta. El consumo de las mujeres sigue siendo estigmatizado, especialmente una vez superan los 25 años, por tanto las consecuencias para ellas en caso de desarrollar problemas de consumo, son mayores. Las barreras de acceso a tratamiento siguen presentes, como sigue presente una mayor vulnerabilidad social en caso de desarrollar adicciones.

Pese a los esfuerzos desarrollados desde la administración la incorporación efectiva de la perspectiva de género en la planificación y en las actuaciones sigue siendo en el mejor de los casos desigual.

Incorporación de la perspectiva interseccional

Realmente la perspectiva interseccional implica la incorporación de la perspectiva de género, pero la enunciamos de manera diferencial para que se visibilice la realidad de la necesidad de incorporar no sólo la perspectiva de género, sino también otras realidades que ven condicionada su situación respecto al consumo de sustancias. En cuanto entendemos el consumo de sustancias y las adicciones desde una perspectiva bio-psico-social, la prevención ha de incluir todas las realidades sociales. Como señala uno de los profesionales, es necesario tener en cuenta *“perspectiva de género, en población LGTBI, como en la atención de cualquier grupo que sea culturalmente diferente al nuestro y esto son al final barreras que hacen que las personas no accedan a los servicios”*. La realidad de la población con discapacidad, de población migrante, población gitana, población LGTBIQ... Interseccionan no sólo con el género, también con la edad y con la visión que del consumo de sustancias tienen. Esto implica no sólo una necesidad de adaptar las actuaciones en prevención del riesgo, sino todos los ámbitos de prevención incluida la sensibilización.

Ampliación de los programas

La vuelta a la esfera privada de los consumos ha supuesto una invisibilización de estos, con la excepcionalidad del alcohol en jóvenes, que sí genera problemas de orden público (aglomeraciones en espacios públicos, ruidos...) y por tanto una relegación dentro de las políticas municipales y autonómicas. Actualmente hay una mayor preocupación por el desarrollo de problemas con las TRIC y el juego que con las adicciones a sustancias. *“Hay muchas más necesidades y las drogas han perdido interés social. Ahora está mucho más el tema de las comportamentales, las nuevas tecnologías, el juego...hay mucho más interés.”* El juego ha sido el centro de las alarmas sociales en las últimas décadas debido a las políticas de expansión comercial del sector.

Los programas de prevención han de ir adaptándose a las realidades y demandas, en todos sus niveles, lo que requiere de una formación continua de las y los profesionales, mucho más rápida que la revisión de los marcos teóricos. Como señala una de las profesionales consultadas *“Hemos heredado un marco teórico de los años 80 que no hemos sabido actualizar”*. Un buen ejemplo es la construcción de un marco que contemple esa interseccionalidad que enunciamos.

Programas de prevención en ámbito escolar

Pese a la extensión de los programas de prevención escolar, su realidad es heterogénea en todo el territorio estatal, mostrando importantes déficits de cobertura, como señala uno de los profesionales, *“para la prevención escolar también hay margen de mejora ... hay comunidades en que sólo llegan a primaria y secundaria y bachillerato queda fuera, formación profesional queda fuera... queda una parte importante del alumnado fuera y la cobertura es limitada”*.

De manera general, los programas se centran en la edad de 14 a 17 años, pese a que el crecimiento del consumo a edades más tempranas parece indicar la necesidad de adelantar el inicio de los programas de prevención; así como incidir en aquellos jóvenes adultos que aumentan la frecuencia del consumo de sustancias, en formación profesional y ámbito universitario.

Así mismo, las y los profesionales señalan que la intensidad y periodicidad de las intervenciones ha ido reduciéndose, dificultando las intervenciones. La evolución queda resumida por los profesionales: *“Cuando se empezó a trabajar prevención escolar, se trabajaba en muchos centros, con cobertura máxima. En los 2000 en cada centro y cada aula se podían hacer más de diez sesiones, trabajar a lo largo del curso, conseguir abordar no sólo prevención universal sino indicada e incluso selectiva. En vez de ir a mejor vamos a peor. Y en los propios centros educativos no hay una estructura en tiempos, ni en espacios...”*

La apuesta por actuaciones puntuales dificulta el impacto de estas. Las y los profesionales señalan que *“la durabilidad de los programas es fundamental porque sabemos que cuanto más dura un programa es mucho más efectivo. Y esto es imposible de poner en marcha, un programa a medio-largo plazo”*.

Apuesta por la prevención selectiva, indicada y reducción del riesgo

Los datos de consumo indicarían la pertinencia de un mayor desarrollo de actividades preventivas que fueran más allá de la prevención universal y que desarrollara tanto prevención selectiva, como indicada y actuaciones encaminadas a la gestión de riesgos. Las y los profesionales están de acuerdo con la necesidad de una visión amplia de la prevención que abarque una población mayor. Como bien señalan, *“es importante que empecemos a ver la prevención como algo muchísimo más amplio y no que esté tan focalizada, centralizada en lo escolar”*. Pese a ello el enfoque mayoritario sigue siendo la prevención universal. En parte, como señala Ramírez Arellano (2022) porque estos niveles de prevención siguen generando cierta controversia. Los propios profesionales señalan que incluso sucede en el ámbito escolar, *“Hoy en día son actuaciones puntuales. Sujetas a prevención universal, la selectiva no se ve con tan buenos ojos, la indicada ya es ciencia ficción...dentro de entornos normalizadas”*, y porque su desarrollo con grupos de edades más avanzados en los que ya están incidiendo factores de riesgo implica una mayor dificultad de acceso.

El menor desarrollo de otros ámbitos y niveles de prevención está dejando fuera segmentos de la población y el objetivo preventivo de que los consumos ocasionales

puedan convertirse en problemáticos, como bien señala uno de los profesionales, *“Nos dejamos fuera otras modalidades preventivas que son vistas como las hermanas pequeñas, como la laboral o la reducción de riesgos y daños”*

La invisibilización del consumo y de la pluralidad de perfiles que están llegando a la intervención de adicciones no se ve reflejada en la pluralidad de programas de prevención, aunque sí en las respuestas que han de dar los programas existentes. Tenemos un ejemplo concreto en las actuaciones de sensibilización.

El PNSD en su memoria de 2022 señala que la temática principal de las campañas de sensibilización son las sustancias legales, de principal consumo, frente a las adicciones comportamentales y otro tipo de sustancias. Si bien las adicciones comportamentales han ido ganando terreno en las actuaciones de sensibilización, nos basta una rápida mirada al repositorio para ver que las campañas enfocadas a gestión de riesgos o a prevención específica de situaciones como las violencias en contextos de consumos tienen mucha menor presencia.

Como hemos señalado estos niveles de prevención suelen recaer en los planes de actuación de comunidades autónomas y planes locales, que afrontan este tipo de actuaciones de manera heterogénea dependiendo de sus voluntades políticas, dotaciones económicas y estructuración de las competencias. Precisamente esta diferencia es un elemento nuclear a la hora de prevenir adicciones, como bien señala uno de los profesionales, *“la población que se supone que está en mayor riesgo, que es la que no tiene problemas, se expone a ellos y además son mayoría. Justamente en estos programas la financiación es deficitaria y las políticas persiguen y castigan”*.

Medición de resultados

La apuesta para las actuaciones desarrolladas en prevención es que se circunscriben a los estándares europeos de calidad y que sean programas evaluados y basados en la evidencia. Para ello el PNSD posibilita un repositorio de programas de prevención basados en la evidencia a modo de buenas prácticas. Pero pese a que los programas recopilados tienen buena implantación, no son tan numerosos como los desarrollados. Aunque existe un consenso desde los 2000 sobre las bases teóricas y científicas de la prevención en España, la incorporación a los estándares está siendo progresiva.

Las y los profesionales consultados esbozan algunas de las dificultades que encuentran, *“la dificultad de evaluar los programas preventivos y obtener evidencia científica las entidades que nos dedicamos a esto ni somos científicos ni sabemos de evaluación tenemos grandes dificultades. Pero a la vez es la pescadilla que se muerde la cola porque la administración te pide efectividad y evidencia científica en todas las intervenciones pero tampoco tenemos subvención pública para evaluar los programas”*.

Aunque el debate de fondo es en qué medida los modelos existentes se ajustan precisamente a las actuaciones desarrolladas, *“es evidente que se han hecho muchos esfuerzos. Naciones Unidas creó unos estándares, el observatorio europeo creó unos estándares...Estamos un poco trasladando el basado en la evidencia del ámbito sanitario puro y duro a un ámbito que no es sanitario, como es el consumo de drogas. No es un*

problema sanitario. Tiene numerosos determinantes que lo hacen a su vez muy difícil de evaluar y de medir su efectividad. Entonces muchas veces estos, cuando lo trasladamos a las exigencias de evaluación muchas veces salimos perdiendo, porque es muy difícil evaluar bajo estos parámetros. Es decir, la inversión que yo necesito para acercarme a los estándares es tan grande...Solamente para empezar necesito el soporte de la academia porque a ver quién es capaz, ya no es solamente recoger los datos, es analizar los datos, es publicar los datos... y yo creo que ahí.... Nos están empujando a unas exigencias que no son realistas”.

1.4. El camino a seguir: Avanzar en la prevención

Los objetivos establecidos por la ENA marcan algunas de las sendas para avanzar en la prevención, desarrolladas en el plan de acción.

Gracias al excelente grupo de profesionales que ha aportado información para la redacción de este epígrafe muchos de los aspectos esbozados en ese Plan de acción pueden ser ampliados y examinados en profundidad.

Promover la incorporación de la prevención ambiental/estructural en las políticas sobre adicciones y de medidas específicas en los programas de prevención.

Algunos de los retos a futuro tienen que ver con las nuevas líneas esbozadas. La prevención ambiental necesita de formación a profesionales sobre contenidos y ámbitos, no sólo de prevención de adicciones sino a las personas responsables de la prevención de adicciones. Además, según señala Elisardo Becoña (2021), a la hora de implicar a los sectores de ocio y hostelería en España se ha topado siempre con la oposición de estos, que prefieren activar actuaciones preventivas desde el propio sector y su “autorregulación” interna a participar de acciones conjuntas con la administración.

De hecho, el desarrollo de actividades preventivas desde el propio sector es objeto de controversia, al igual que su patrocinio en fiestas populares, por su dificultad como definición de actor preventivo. Como señalan las y los profesionales: *“Entre los actores quiere nombrar incluso la propia industria que es favorece determinados problemas como es el caso de la industria del alcohol que dentro de sus estrategias ofrecen actividades de manera gratuita, incluso con personajes de relevancia, que no dejan de ser estrategias de lavado de imagen de la propia industria y que sirven de instrumento para meter presión a las propias administraciones y que en última instancia eso frena el poner en marcha políticas públicas eficaces pero se consienten”.*

Mejorar la extensión de los programas de prevención de adicciones en el territorio nacional y en todos los ámbitos de intervención.

En cuanto a la prevención universal, la ampliación de la cobertura de programas preventivos es una de las líneas de trabajo a futuro.

La heterogeneidad de las respuestas según comunidades autónomas e incluso municipios provoca diferentes niveles de cobertura en las actuaciones preventivas. Como señaló Domingo Comas ya en 2016, aunque las planificaciones sobre adicciones tienen una semejanza notable en todo el país, las realidades son diferenciales incluso en las actuaciones en el ámbito escolar, más estandarizadas.

Las edades en las que se desarrollan actuaciones preventivas en las aulas, los niveles educativos y los grupos poblacionales son dispares dentro del territorio nacional; como lo son también los agentes que pueden acceder a los centros educativos o los contenidos a abordar dentro del enfoque de educación para la salud, información sobre adicciones, habilidades y refuerzo de factores de protección.

Esta ampliación de temáticas y campos está dentro de los retos para el futuro de la prevención que tanto profesionales como PNSD señalan; como también señalan la realidad de la normalización y generalización de consumos de alcohol y cannabis no sólo en menores de edad sino también en población joven adulta. La necesidad de ampliar la cobertura de los programas de prevención está presente, pero no es tan necesaria en el ámbito escolar donde la cobertura, sobre todo entre 14-17 años, es muy alta sino en otros sectores de población.

El nivel de normalización de los consumos de alcohol y cannabis es alto, no sólo en menores de edad, también en población general. La experimentación con sustancias, multiconsumo y las prácticas de riesgo están presente en parte de la población adulta joven, sin alcanzar los niveles de consumo de alcohol, pero sí en un porcentaje significativo. Por ejemplo, un 12% de la población adulta ha consumido en alguna ocasión cocaína y un 28% ha consumido dos sustancias psicoactivas en el último año. La necesidad de desarrollar actuaciones de prevención selectiva e indicada en sectores de población fuera del ámbito escolar no sólo es pertinente sino necesaria; más aún ante las tendencias sobre el consumo de nuevas sustancias que se están viendo a nivel internacional y los riesgos que subyacen. Desde la óptica general de los consumos la población que consume o ha consumido sustancias, y por lo tanto es susceptible de correr riesgos son altos, como bien señala un participante del grupo de profesionales ; *“La población que se supone que está en mayor riesgo, que es la que no tiene problemas, se expone a ellos y además son mayoría. Justamente en estos programas la financiación es deficitaria y las políticas persiguen y castigan”*.

Aunque las cifras de consumo de otras sustancias y el volumen de población no superen cifras del 50% no significa que el volumen de población que consume o las practique sea marginal. Pasó con el *chemsex* y se ha reaccionado a través de programas de prevención específicos cuando los riesgos ya eran una realidad palpable.

Así mismo los propios estándares europeos muestran una batería de programas que van desde la parentalidad positiva en escuelas, hasta la intervención con niños y niñas en ámbito comunitario y la prevención en todos los sectores laborales. Según el Plan de Acción 2017-2024, precisamente se enfatiza la inclusión de evaluación, la perspectiva de género, los estándares europeos de calidad en prevención y el currículo europeo de prevención en los programas desarrollados. La apuesta por la incorporación de la perspectiva de género y la evaluación lleva presente desde el anterior Plan de Adicciones,

desde la década anterior se han impulsado los portales digitales de buenas prácticas⁴, de prevención basada en evidencia y herramientas y manuales con el objeto de su difusión e incorporación en los programas.

Articular sistemas de medición asumibles

La apuesta por la necesidad de implementar programas evaluados y validados es uno de los aspectos en los que confluyen también las y los profesionales y donde mayores dificultades se encuentran.

La falta de financiación específica para esas evaluaciones, así como la propia naturaleza de actuaciones a menudo comunitarias o campañas de sensibilización globales cuya mediación es compleja, así como la estabilidad de los programas y el personal de los mismos dificulta la implementación de acciones evaluativas y evidencias de los programas desarrollados. Si se quiere impulsar realmente se necesita romper el círculo que perfectamente identifica esta profesional: *“La dificultad de evaluar los programas preventivos y obtener evidencia científica las entidades que nos dedicamos a esto ni somos científicos ni sabemos de evaluación tenemos grandes dificultades. Pero a la vez es la pescadilla que se muerde la cola porque la administración te pide efectividad y evidencia científica en todas las intervenciones, pero tampoco tenemos subvención pública para evaluar los programas”*.

Es importante señalar que muchas veces se da una confusión entre evaluación del programa y evaluación de la efectividad del programa. Si bien en la evaluación de los programas se han realizado grandes esfuerzos y pequeños avances, el reto sigue estando en la evaluación del impacto y la efectividad de los programas. Aquí, cabe señalar la dificultad de que con intervenciones puntuales se puedan conseguir grandes impactos.

Estabilidad en la financiación de los programas

La financiación de los programas proviene principalmente de administraciones públicas que elaboran convocatorias anuales de financiación que marcan el ciclo de vida de los proyectos y/o de los contratos de las personas que los implementan. Anualmente la financiación puede o no renovarse, dando continuidad al programa, finalizándolo o posibilitando su continuidad con modificaciones sobre el personal contratado o la cobertura de este. Con un ciclo de desarrollo anual, la evaluación de estos y la obtención de evidencias sobre su impacto se ve seriamente obstaculizada.

Por otra parte, la formación de los profesionales no siempre posibilita la incorporación de este tipo de actuaciones. El Estudio descriptivo sobre la situación demográfica y perfiles formativos de los y las profesionales de prevención de adicciones, señala que los aspectos en los que menos formación se tiene en prevención son precisamente los asociados a

⁴ <http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/>
<http://www.buenaspracticasadicciones.es/>
https://www.euda.europa.eu/best-practice_es

criterios de calidad, evaluación de procesos y de resultados. Pero, aunque se participe masivamente de formaciones para profesionales, la rotación de profesionales y el ciclo de vida de los proyectos, dificultan la implementación real de estos conocimientos.

Perfiles profesionales de prevención de adicciones

Además de la financiación, la pluralidad de actores que ofrecen prevención universal y actuaciones de ocio y tiempo libre hace necesario no sólo esta evidencia en los programas sino una coordinación entre actores y temáticas y una formación específica de las y los profesionales que intervienen. Como bien señala una profesional: *“Si tú te quieres formar o saber algo más de prevención ¿dónde está la figura del experto? Qué valor se le da a la figura del experto que supuestamente desde las políticas públicas sí que se les da pero luego cuando llega la prevención y lo que hay que desarrollar en prevención utilizamos otras figuras o personajes que no tienen esa experiencia”*.

Según el estudio de perfiles 2024, un 25% de las personas inscritas en el censo de profesionales de prevención no realizan prevención como labor principal de su puesto de trabajo. Aunque mayoritariamente los equipos que intervienen están formados y especializados, un 25% ha recibido formación inferior a 30 horas o no ha recibido ninguna formación en adicciones; teniendo en cuenta que la investigación se centra en personas censadas como profesionales de adicciones nos da una panorámica de un sector polarizado por la especialización. El impulso a la formación de profesionales está presente y así es valorado, pero no está siendo suficiente: *“Aunque se están haciendo apuestas importantes todavía queda mucho por andar sobre todo lo que tiene que ver con la formación de profesionales en materia de prevención. No tenemos todavía un perfil profesional claro, todavía bien definido”*.

Ante una realidad de pluralidad creciente de actores y una apuesta por la calidad e impacto de las intervenciones, parece más necesario que nunca establecer una base común necesaria para desarrollar actividades de prevención. Es importante porque en ocasiones está en el papel, pero no se respeta en la ejecución real de los programas. Como bien señalan los y las profesionales: *“Parece que cualquiera puede hacer prevención. Y esto es preocupante porque cualquiera no hace tratamiento. Parece que la capacidad de hacer prevención la tiene todo el mundo y esto tiene que ver con que igual no hay una formación... La realidad es que cada vez salen más agentes de prevención, salen por todos los lados. Y que con el sistema de qué hay de subvenciones y en otras comunidades se puede presentar cualquiera y cualquier día podemos tener al que patrocina las máquinas dando los talleres de prevención”*.

Si la apuesta es por estándares de calidad y currículos europeos de prevención, la difusión y formación de las y los profesionales en los mismos y en adicciones debe ser la base para su impulso.

Revisión profunda de marcos teóricos que permita la incorporación de la interseccionalidad

La ampliación de las competencias de la prevención al juego y posibles adicciones comportamentales se realiza desde un marco teórico que se elaboró sobre las bases de la realidad del consumo de sustancias en la década de los ´80-´90. La incorporación de nuevas perspectivas y comportamientos hace necesario una revisión y un debate que surge, al igual que surgió la incorporación de la perspectiva de género, de la búsqueda de referentes y evidencias para ampliar cobertura y adaptar contenidos e intervenciones. La necesidad de dotar de una interseccionalidad a las políticas públicas es algo a lo que las actuaciones sobre adicciones, especialmente prevención, no pueden permanecer ajenas.

Dado los ámbitos mayoritarios de los programas de prevención y las poblaciones, es además necesario que las personas profesionales de prevención conozcan multitud de temáticas que van desde las adicciones sin sustancia, uso de pantallas, consumo de hipnosedantes, efectos de sustancias, conductas de riesgo para la salud, violencias sexuales, conductas de riesgo bajo los efectos, interacciones de sustancias, comunicaciones digitales, intervenciones con familias, intervenciones comunitarias...etc. El enfoque de las demandas de prevención bajo el marco de habilidades para la vida supera el de las adicciones estrictamente hablando.

Además, las actuaciones en materia de sensibilización se centran mayoritariamente en un enfoque de sustancias legales más consumidas o adicciones comportamentales dejando relegadas otras sustancias y consumos de riesgo.

Participación de las personas usuarias

La participación es otro de los grandes retos pendientes en las actuaciones de adicciones y validado en las actuaciones preventivas. Las y los profesionales son conscientes de la situación. *“El tema de la participación de las personas destinatarias. Estamos demasiado acostumbradas a hacer los programas desde los despachos sin contar con la participación de las personas destinatarias y esto con programas dirigidos a adolescentes y jóvenes nos pasa muchísimo. Cómo hacer que participen en todo el proceso desde el diseño, desarrollo y evaluación”*. La participación de las personas usuarias aumenta la efectividad e impacto de los proyectos. El diseño de actuaciones que respondan a la inquietudes y necesidades de la población destinataria, implica una apuesta que facilite la flexibilidad dentro de las actuaciones preventivas, en contenidos y en formas, pero también que la continuidad y duración de los proyectos lo permitan.

Este margen de experimentación y ajuste a la participación no siempre es apoyado por las administraciones y necesita de recorrido para mostrar sus resultados. Aunque el PNSD ya señala como reto el impulso de las respuestas preventivas a los nuevos contextos y formas de relación en las que se producen los consumos; la apuesta es compleja, no cuenta con muchos apoyos y se centra en el medio digital y la digitalización de programas. Este reto fue afrontado por parte de los programas de prevención de manera espontánea a raíz de la situación de confinamiento por la pandemia de la COVID-19, pero supuso más una traslación de lo desarrollado que una nueva forma de desarrollo de los programas (Molina,

Rubio, 2021). El reto del salto al entorno digital, que sí se ha producido en sensibilización, implica de una apuesta firme que pase por la formación de profesionales, incorporación de nuevos perfiles a los equipos y financiación acorde.

1.5. Conclusiones

La prevención en España sigue las líneas marcadas por las políticas internacionales, principalmente la europea, de una prevención bajo criterios contrastados de calidad y basada en la evidencia científica.

El modelo de competencias y financiación de la materia dificulta la obtención de una panorámica global de la prevención en España en materia de actores implicados y en esfuerzo y presupuestos ejecutados. De manera general los esfuerzos en materia de prevención se centran en el desarrollo de una prevención universal en el ámbito escolar bajo el marco de promoción de la salud, habilidades para la vida y refuerzo de factores de protección.

Avanzar en prevención implica, como bien señalan los profesionales, *“Crear en la prevención, en la ciencia de la prevención, en que es un concepto amplio. Creer en la prevención significa evaluar programas basados en la evidencia, que se puedan evaluar, que se puedan poner en práctica y que permitan objetivos a medio y largo plazo”*. Una apuesta firme por la prevención implica evitar desigualdades territoriales y conseguir una cobertura integral de toda la población, incluyendo la transversalización de realidades que influyen en los contextos de consumo.

Para ello es básico que se apueste por la prevención en todos sus ámbitos desde la prevención en el ámbito laboral, prevención selectiva en ámbitos formativos como los universitarios o de formación profesional, o la prevención indicada y reducción del riesgo que tienen una menor presencia y mayor dificultad para dimensionar su presencia territorial.

Pese a la trayectoria en prevención desde los ´90 hasta ahora, y la evolución que ha ido experimentando, los programas de prevención selectiva e indicada especialmente fuera del ámbito escolar siguen estigmatizados, levantando controversia y dependiendo su desarrollo de voluntades políticas.

Además, mientras los programas de prevención escolar cuentan con mayor medida con financiaciones autonómicas y municipales; otras áreas de la prevención, como la sensibilización o la prevención en el ámbito laboral dependen en mayor medida de financiación que la administración estatal.

Independientemente del nivel de la administración que soporte el programa de prevención, la financiación de estos depende de financiación pública o participación de financiación pública mayoritariamente; con la excepción de los desarrollados dentro de la industria de hostelería y ocio nocturno, que suelen efectuarse a través de fondos de la responsabilidad social del sector.

Con la pérdida de importancia dentro de la opinión pública de las adicciones y su relegación al ámbito privado, la continuidad de la prevención en ámbitos locales muchas

veces obedece más a un tema de imagen de cara a la opinión pública que a una apuesta real. Esto provoca que se impulse y se prioricen actuaciones en base a alarmas sociales o salto a los medios de algunas situaciones, sobre todo al nivel local. Muchas veces esas respuestas restan recursos a otras actuaciones que no tienen tanto rédito político inmediato o no son visibles para la población general.

Al depender de financiación pública están supeditados a renovación anual de las subvenciones lo cual incide en la continuidad de las actuaciones y los equipos profesionales involucradas en las mismas.

La mayoría de los profesionales cuentan con formación específica en adicciones, lo que posibilita una base teórica común, a partir de un enfoque de salud pública con orientación centrada en las personas, que hay que equilibrar con otras dirigidas a reducir los factores de riesgo y promover los de protección en los entornos, estableciendo un impulso incipiente hacia la prevención ambiental. Por el contrario, el conocimiento y la extensión de los estándares de calidad necesita de una mayor divulgación y formación de profesionales y un refuerzo de la financiación que permita una inversión que facilite su cumplimiento.

El currículo europeo de prevención es una buena meta para el desarrollo de actuaciones preventivas integrales, pero se necesita de una estabilidad de actuaciones que requiera una voluntad política en todos los niveles de las administraciones competentes en materia de adicciones.

Aunque España cuenta con una trayectoria en prevención que abarca varias décadas en espacios de coordinación y redes de entidades, es necesario fomentar la coordinación y comunicación entre los diferentes actores que realizan actuaciones en el mismo contexto.

La ampliación de temáticas a sustancias emergentes, nuevas conductas de riesgo como el consumo de hipnosedantes, incorporación de la perspectiva de género y adicciones sin sustancia requiere de una gran adaptabilidad y formación continua de las y los profesionales, pero también una visión amplia de la prevención y una revisión en profundidad de los marcos teóricos hasta ahora manejados. De la misma manera que la inclusión de la perspectiva de género ha cambiado el foco de las adicciones ampliándolo, la necesidad de incorporar la perspectiva interseccional en las políticas públicas supone un reto para la prevención.

La complejidad de temáticas, sustancias y factores de consumo es suficiente para que las adicciones se incorporen en los planes formativos tanto de las formaciones vinculadas a la intervención social (trabajo social, intermediación social, educación social) como en aquellos vinculados a población infanto-juvenil y al ocio.

Al igual que los programas se adaptan a las demandas de las personas usuarias, habilitando mecanismos de participación y recogida, las y los profesionales de prevención reclaman más presencia en los diseños de las políticas, garantizando que la planificación y la ejecución lleve un camino unificado. Las apuestas por la innovación en los programas tienen el riesgo de quedarse en los enunciados de los pliegos de subvención y planes de adicciones si no van acompañadas por apuestas concretas que apoyen experiencias piloto o mejoras en los programas y actuaciones. De la misma forma que se ha apostado

firmemente por la digitalización en las actuaciones de sensibilización y su adaptación a nuevos contextos, se ha de apostar por la innovación en otros sectores de la prevención; a la inversa, al igual que se han ido ampliando los contenidos dentro de los programas de prevención, se deberían ampliar las temáticas de las actuaciones de sensibilización.

El reto presente es lograr ampliar la prevención desde el trabajo en refuerzo y respuestas a nivel más individual, fortaleciendo habilidades y factores de protección y minimizando factores de riesgo, a una respuesta colectiva; pero también a una prevención de las adicciones que alcance a todos los sectores de la sociedad.

Finalmente, el fondo es la concepción de la prevención no sólo para que no se desarrollen adicciones sino porque el enfoque desde el que abordamos las adicciones no está funcionando. *“No se va al centro de qué es lo que está generando esto. Cuando se aplican enfoques de salud pública se obvian las consecuencias de las políticas de drogas. Y cuando se obvian las consecuencias de las políticas de drogas. (...) al final es un parche porque si no hay un pensamiento más de fondo de cuál es el fondo que genera la necesidad de aplicar las políticas de prevención y tratamiento., no se plantea qué es lo que está generando esto y por lo tanto es una tiritita. Al final las cosas que se están haciendo desde salud pública no deja de ser una medida para mitigar el impacto que tienen ciertas políticas de drogas”.*

Bibliografía

Becoña Iglesias, E (1999) Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid

Becoña Iglesias, E (2021) La prevención ambiental en el consumo de drogas ¿qué medidas podemos aplicar? Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Comas Arnau, D (2016) Una aproximación histórica a las prácticas preventivas en el campo de las drogodependencias en Revista española de drogodependencias. 41-2016.

Comas Arnau, D (2007) La prevención ha sido siempre el patito feo de las políticas en materia de drogodependencias". Boletín CDD, ISSN 1133-1674, Nº. 146 (DIC)

Juan, M., Nobre-Sandoval, L. A., Duch, M. (2022). La prevención familiar de las adicciones. Desafíos y oportunidades de las estrategias de calidad. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2022. 102 p

Molina, C, Rubio , A (2021) Encuesta a la red de adicciones sobre los retos provocados por COVID 19: Adaptaciones metodológicas e innovación. Fundación Atenea-Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030

Ramírez de Arellano, A (2022). Gramática de la prevención de adicciones. Junta de Andalucía.

Riod. (2019) PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE RIESGOS asociados al consumo de drogas y las adicciones entre la población joven. RIOD.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Indicadores clave sobre drogas y adicciones, 2024. Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2024

PNSD Memoria del PNSD 2022

https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/memorias/docs/2024_MEMORIA_PNSD_2022.pdf

PNSD Plan de acción sobre adicciones 2021-2024

https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanASA_2021-24_aprobado.pdf

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. ESTUDES 2023: Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. EDADES 2022. Informe 2022 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf

Villanueva-Blasco, V.J., Amatller, O., Isorna, M., Otero-Requeijo, M., y Ramírez de Arellano, A. (2024). Estudio descriptivo sobre la situación demográfica y perfiles formativos de los y las profesionales de prevención de adicciones. Opciones de futuro. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2024_Estudio_profesionales_preencion.pdf

2. EJE 2. EL TRATAMIENTO EN ESPAÑA

2.1. El tratamiento como eje indispensable

El tratamiento de adicciones ha sufrido muchos cambios desde sus inicios hasta la actualidad. Para poder comprender su finalidad y la importancia que hoy en día se da tanto en la esfera institucional y en la esfera social, primero debemos analizar por qué y cómo surgió la necesidad de ayudar a aquellas personas con un problema de drogas.

Hasta los años 70 en España, a pesar de que en la sociedad ya existían diversas sustancias como el alcohol o el tabaco, no se detectó la existencia de un consumo problemático. Durante esta década, en contraposición al enfoque bio-psico-social de la actualidad, el enfoque estaba basado en la represión, especialmente de las personas consumidoras de sustancias.

Sin embargo, la preocupación en torno a las drogodependencias (lo que actualmente conocemos como adicciones) alcanzó su punto crítico en los años 80, con el aumento exponencial del consumo de heroína. En este aspecto, tanto en la sociedad como en las diferentes instituciones no solo había preocupación por los problemas relacionados directamente con el consumo, como puede ser la comorbilidad con respecto a otras patologías o enfermedades, sino también por otros problemas más indirectos como podían ser la estigmatización de los problemas de drogodependencias.

Debido a la gravedad de esta situación y a la demanda que estaba haciendo la sociedad, desde las instituciones se decide formar el Plan Nacional de Drogas en el año 1985. En este Plan se recogen un conjunto de medidas cuyos objetivos prioritarios son la reducción de la oferta y la demanda, la disminución de la inseguridad ciudadana, la coordinación y cooperación de las administraciones e instituciones sociales que de alguna forma se encuentren implicadas en esta problemática, así como ofertar una red pública de servicios de atención que sea suficiente y transparente tanto para el individuo como para la sociedad en su conjunto.

Durante la década de los 80, la práctica asistencial a los problemas de drogodependencias se centraba en la desintoxicación y en el posterior mantenimiento de la abstinencia, dejando entrever la necesidad de un cambio de enfoque, puesto que ese enfoque restrictivo propiciaba que las personas que estaban a tratamiento no consiguiesen el éxito terapéutico y acabasen abandonando el tratamiento.

A lo largo de la década de los 90, empiezan a valorarse diferentes formas de abordaje terapéutico, debido en parte al progreso en la investigación científica pasando de un abordaje más sanitario centrado en la hospitalización para el tratamiento de los trastornos adictivos a la integración de otros aspectos. Por lo que se puede observar, la evolución en el tratamiento ha sido importante, pasando de un modelo restrictivo centrado en la desintoxicación y en la abstinencia a un modelo más integrador, donde se da importancia no solo a la atención ambulatoria y a la residencial, sino también a la inclusión en el ámbito social y laboral, así como a la reducción de los riesgos y los daños que estaban asociados al consumo de sustancias (RIOD, 2021).

En la actualidad los programas terapéuticos se basan en un modelo biopsicosocial para la atención de las adicciones. Es decir, se tienen en cuenta tanto aspectos biológicos, como psicológicos, pero también sociales. No obstante, desde la Red Iberoamericana de ONG que trabajan con Drogas y Adicciones (RIOD) se destaca la necesidad de la aplicación de un modelo de Atención Triple I, con el objetivo de proporcionar una atención a las drogas y a las adicciones de manera integral, integradora e integrada. Esto quiere decir que la atención a las adicciones debe centrarse en las diferentes esferas de la persona, trabajando desde y con la comunidad para que estas personas puedan ser sujetos activos en su cambio, y que, además, esa atención sea en red en coordinación con todos los servicios y agentes sociales y comunitarios para lograr que las intervenciones realizadas sean de una eficacia y eficiencia altas.

Como se ha mencionado anteriormente, la formación del **Plan Nacional de Drogas** durante la década de los 80 marcó un punto decisivo en el abordaje de las adicciones en España. Gracias al desarrollo de este Plan se han podido elaborar diferentes políticas públicas que se encuentran recogidas en la **Estrategia Nacional de Adicciones** (ENA). En estas políticas se destaca la necesidad de trabajar en distintas áreas importantes entre las que se encuentra el tratamiento, ya que tiene un impacto muy grande en la salud, en la cohesión social y también en la economía del país.

En definitiva, la inclusión del eje de tratamiento de las adicciones en las políticas públicas tiene una serie de consecuencias relevantes para el conjunto de la sociedad, que pasamos a detallar a continuación (PNSD, 2017).

- **Protección de la salud pública:** Principalmente se enfoca este aspecto en las enfermedades, puesto que las adicciones tienen un potencial bastante alto de tener consecuencias en la salud física y mental de las personas, y en el peor de los casos, las muertes por sobredosis. De ahí la importancia de los tratamientos eficaces que reduzcan significativamente el riesgo de muerte por sobredosis y otras enfermedades derivadas del consumo.
- **Reducción del impacto económico:** Las adicciones tienen un impacto económico significativo en el sistema público, no solo de salud sino también en otros sistemas como puede ser el sistema judicial y penitenciario. En el caso del sistema de salud, las personas con adicciones en ocasiones requieren de atenciones hospitalarias que tienen un costo sanitario, y con la implementación de un tratamiento eficaz no solo se mejoraría la salud de las personas sino también los costes relacionados con el tratamiento de las complicaciones derivadas del abuso de sustancias. En el caso del sistema judicial, una implementación de tratamientos eficaces reduciría la delincuencia relacionada con las drogas, lo que a su vez implicaría una reducción del impacto económico en este sistema.
- **Reducción de la delincuencia relacionada con las drogas:** Los tratamientos de adicciones, como se ha mencionado anteriormente, pueden suponer una estrategia para reducir la delincuencia, ya que muchas personas recurren a conductas delictivas para financiar el consumo de sustancias.
- **Apoyo a la inclusión y a la cohesión social:** en las investigaciones relacionadas con las adicciones se reconoce que estas personas a menudo son excluidas socialmente, lo que supone una barrera más en su recuperación. Los tratamientos no solo buscan la desintoxicación y la abstinencia, sino que también se centran en la reinserción social laboral y familiar, puesto que esto contribuye a desarrollar una sociedad cohesionada.

- **Atención integral y multidisciplinar:** Desde las políticas públicas se destaca la importancia de los tratamientos basados en un enfoque multidisciplinar, de tal manera que se pueda brindar un tratamiento completo que aborde todas las dimensiones de la adicción. Además, en estas políticas también se destaca la necesidad de abordar la salud mental, por lo que el tratamiento no solo se limitaría a la adicción, sino también al bienestar físico y mental de la persona.
- **Promoción de la igualdad en el acceso a los tratamientos:** Desde las políticas públicas se enfatiza en la necesidad de que los tratamientos sean accesibles para todos, de tal manera que las personas con menos recursos no queden excluidas de los tratamientos, y, en consecuencia, reducir el impacto que tienen las adicciones en el sistema público.
- **Prevención del consumo en los grupos vulnerables:** En este caso no solo centrado en la prevención, sino que también desde las políticas públicas se enfocan en desarrollar tratamientos específicos para grupos vulnerables, ya que suelen estar las adicciones más presentes en este tipo de colectivos, y por ello requieren de tratamientos adaptados a sus necesidades.
- **Reducción de daños:** En las políticas públicas se menciona la reducción del daño asociado al consumo de drogas como una parte muy importante de la intervención en adicciones, ya que no solo ayudan a mejorar la salud individual de cada persona, sino que también protegen la salud pública en general. No obstante, la inversión destinada a este aspecto de la intervención, es todavía muy reducida.
- **Cumplimiento de compromisos internacionales:** Las políticas públicas en España deben ir en consonancia con las directrices internacionales que destacan la necesidad de englobar a las adicciones como un problema de salud pública y en consecuencia promover enfoques que estén basados en los derechos humanos principalmente.

En resumen, la importancia que se le ha dado al tratamiento de las adicciones no se ha mantenido estable. Al principio, no se consideraba relevante el tratamiento de las adicciones porque no se consideraba que el consumo de drogas fuera problemático, pero a partir de los años 80 y en concreto a partir de la creación del PNSD en España, el tratamiento ha pasado a ser un eje indispensable en las políticas de salud públicas de nuestro país.

2.2. Contextos y retos actuales del tratamiento

Los datos actuales aportados por el Plan Nacional de Drogas en sus diferentes informes deben ser tenidos en cuenta cuando se habla del tratamiento en adicciones. Según el **informe EDADES** del año 2023, los perfiles de las personas consumidoras varían en función de cada sustancia, pero principalmente son hombres, a excepción del consumo de hipnosedantes y analgésicos, en el que destacan las mujeres. A su vez, en el caso del alcohol ese perfil varía en función de la edad y de la intensidad del consumo. En estos informes también se incluye información relativa a los problemas relacionados con el juego, en el que destaca también el perfil masculino con respecto a las mujeres (OEDA, 2024).

El porcentaje de admisiones en los programas de tratamiento por adicciones es muy superior en el caso de los hombres, suponiendo estos un 82% cuyas edades están comprendidas entre los 34 y los 36 años mayoritariamente. Sin embargo, en el caso de las

mujeres el porcentaje de admisiones es todavía muy pequeño, en parte por la estigmatización que aún existe en las mujeres con problemas de adicciones y por las barreras de acceso a los tratamientos a las que se tienen que enfrentar.

Una de las herramientas más potentes en información en relación con el tratamiento de las adicciones y a las personas atendidas en los recursos, es el perfil realizado desde la red UNAD. Los datos del año 2022 nos indican que en torno a un 75% de las personas atendidas eran hombres, siendo el porcentaje restante de mujeres. En ambos casos, el mayor porcentaje se encuentra entre las edades de 34 y 41 años. La principal sustancia consumida por parte de los hombres era la cocaína, seguida de la heroína y el alcohol; y, en el caso de las mujeres fue el alcohol, seguido de la cocaína y la heroína (UNAD, 2023).

Además, se ha observado en los diferentes recursos de tratamiento el auge en el consumo de nuevas sustancias, y así nos lo confirman los datos estadísticos de nuestro país. En concreto, en el año 2022 fueron detectadas en España 16 nuevas sustancias psicoactivas; lo que podría, en un futuro no muy lejano, implicar que las personas que accedan a los tratamientos también puedan llegar a tener problemas con estas nuevas sustancias.

No obstante, se han detectado no solo el consumo de nuevas sustancias, sino también el auge de nuevas problemáticas que van en consonancia con el desarrollo de nuevas formas de juego y la proliferación de las redes sociales y las TRICs, y por ello, desde el Plan Nacional de Drogas se ha visto necesario dar respuesta a este tipo de adicciones. En el año 2021 del total de admisiones a tratamiento por adicciones sin sustancia, el 80,7% ha sido por trastorno por juego, un 10,2% por un uso problemático de internet, móviles o dispositivos electrónicos, redes sociales o videojuegos; el 4% por adicción a las compras y el 2,5% por trastornos relacionados con el sexo. Del total de personas admitidas, un 87% de las mismas eran hombres y tan solo un 13% fueron mujeres, llegando a ser casi la mitad de estas mujeres las que presentan patología dual, es decir, un diagnóstico de salud mental diferente al trastorno por el cual ha sido admitida a tratamiento (OEDA, 2023).

2.2.1. Normatividad y política frente al tratamiento de adicciones

El tratamiento de adicciones en nuestro país se encuentra regulado gracias a un marco normativo y político cuyo objetivo es la prevención, tratamiento y la reinserción social de las personas afectadas por el consumo de sustancias, aunque también la reducción de los daños asociados al consumo de estas.

Dentro del marco normativo destacamos diferentes leyes y decretos que ponen en valor la importancia de la regulación de los tratamientos de adicciones, mencionando algunas de ellas a continuación:

- **La ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, que establece la organización del sistema nacional de salud, asegurando la equidad en el acceso a los servicios de salud, entre los que se incluyen los tratamientos de adicciones (BOE,2003).
- **La Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León**, que aborda tanto la prevención como

el tratamiento, estableciendo medidas para la reducción de la oferta y la demanda de sustancias, así como garantizar el acceso a la atención médica y psicológica de aquellas personas con problemas de adicciones (BOE, 1994).

- **El Real Decreto 137/1984 sobre Servicios de Atención a las Drogodependencias**, que regula la creación de centros de atención a las drogodependencias, ofreciendo servicios de tratamiento, prevención y rehabilitación de personas con este tipo de problemas (BOE, 1984).

Al mismo tiempo, cada comunidad autónoma tiene sus propias leyes y normas en materia de adicciones, y, aunque deben ir en consonancia con lo propuesto por el Plan Nacional de Drogas, permiten un enfoque más preciso y riguroso sobre los problemas concretos de cada comunidad.

2.2.2. Cobertura de los programas que se implementan

Los programas de tratamiento en España están diseñados para abordar una gran variedad de adicciones con las sustancias (alcohol, cocaína, heroína, cannabis...) y adicciones sin sustancia (juego presencial y online, adicción al sexo, a las compras...). Estos programas se ofrecen gracias a la colaboración entre el **Sistema Nacional de Salud (SNS)** y **diferentes entidades privadas y ONG**.

Las intervenciones terapéuticas realizadas en España en materia de adicciones tienen que estar adaptadas a los perfiles de las diferentes personas atendidas, ya que estas tienen unas necesidades específicas, de ahí la importancia de desarrollar programas de tratamiento específicos (PNSD, 2024). Entre estos programas podemos destacar los siguientes:

- **Programas de adicciones a sustancias con potencial adictivo.**
- **Programas de adicciones sin sustancia:** Entre los que se incluyen los problemas relacionados con el juego o la ludopatía, las adicciones a las pantallas u otro tipo de adicciones comportamentales.
- **Programas específicos de intervención con mujeres:** Son programas que se encargan de atender a mujeres con cualquier tipo de adicción y que a su vez se encuentran afectadas por otras situaciones de riesgo que pueden ser de tipo individual, familiar o social.
- **Programas específicos de intervención con menores.**
- **Programas específicos de intervención con personas reclusas.**
- **Programas enfocados en intervenir en la patología dual:** Se centran en aquellas personas que a la vez que sufren un trastorno adictivo del tipo que sea, también tienen otro trastorno de salud mental.

2.2.3. Problemáticas identificadas según estudios más recientes

Los estudios más recientes que investigan el consumo de drogas en España han identificado diversas problemáticas. Algunas de estas problemáticas son:

- **Falta de programas especializados** para el consumo de drogas sintéticas y opioides (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2021).
- **Escasez de programas de tratamiento dirigidos a los jóvenes.**
- **Insuficiencia de recursos en salud mental** para abordar los trastornos duales (Confederación Salud Mental España, 2022).
- **Estigma asociado al tratamiento de drogas** (OEDA, 2024).
- **Falta de continuidad en los programas de rehabilitación**, influido en parte por la escasez en la financiación de los programas de tratamiento. Con respecto a esto, desde UNAD (2024) se insta a los grupos parlamentarios a dar apoyo a las entidades, para conseguir unos Presupuestos Generales que garanticen unas políticas públicas de adicciones adecuadas que aseguren que los diferentes profesionales que se dedican a prestar ayuda en este sector, puedan continuar ofreciéndola.
- **Desigualdad a nivel nacional en el acceso al tratamiento**, que influye después en su permanencia en el mismo, como se menciona en diversos estudios, como el realizado por Domínguez-Martín et al. (2008).

2.2.4. Existencia de programas basados en evidencia

Los programas basados en la evidencia pueden definirse como enfoques terapéuticos que han sido evaluados y que han demostrado su efectividad, eficacia y eficiencia a través de investigaciones científicas y rigurosas. Algunos de los enfoques más destacados en el tratamiento de adicciones son la **terapia cognitivo – conductual (CBT)**, **las terapias basadas en el manejo de contingencias (CM)**, **la entrevista motivacional (EM)**, **las terapias** en las que se involucra a los **familiares** de las personas con adicciones y los **grupos de ayuda mutua (GAM)** (Organización Mundial de la Salud y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2023).

No obstante, el éxito de estos programas depende en parte de varios aspectos clave:

- Por un lado, la **personalización de esos programas basados en la evidencia**, es decir, adaptar los tratamientos a las necesidades individuales de cada usuario ya que, si no se hace de esta manera, se estarían dejando de lado muchos aspectos relevantes en cada caso que pueden ser cruciales para su tratamiento.
- Por otro lado, **la continuidad de estos programas** debe ser clave ya que es necesario que se mantenga el apoyo más a largo plazo.
- Por último, **la combinación de los diferentes programas** es también muy importante, ya que, en muchas ocasiones, la combinación de diferentes terapias suele ser más efectiva que la utilización de un solo enfoque.

2.2.5. Indicadores de resultados e impacto de programas de tratamiento en el país

Para poder evaluar los diferentes programas de tratamiento de adicciones es necesario tener en cuenta diversos indicadores, tanto de resultado como de impacto, ya que nos permiten medir la efectividad de nuestras intervenciones tanto a nivel individual como a nivel social.

Los **indicadores de resultado** se refieren a los cambios directos en los individuos que acceden a los programas de tratamiento. Los más utilizados son las tasas de abstinencia, la reducción en la frecuencia e intensidad del consumo, las tasas de retención en el tratamiento, la reducción en el número de recaídas, la mejora en la calidad de vida y las mejoras en la salud mental entre otros (OMS y UNODC, 2023).

Los **indicadores de impacto** miden el efecto más amplio que tienen los programas de tratamiento en la sociedad en general. Los más utilizados son la reducción de la carga sobre los servicios sanitarios y sociales, la disminución de los delitos relacionados con las drogas, la reducción de la mortalidad asociada al consumo, el ahorro económico para el sistema de salud y de justicia, la prevención de nuevas adicciones, así como la percepción social de las adicciones y del tratamiento.

Estos indicadores no solo se centran en la abstinencia, sino que buscan una mejora a nivel global en la vida del paciente y una reducción de los efectos negativos del consumo de sustancias tanto a nivel individual como a nivel social.

2.2.6. Aportación de los grupos focales

Con el objetivo de alcanzar una perspectiva global de la situación actual de los tratamientos de adicciones en España, se ha convocado un **grupo focal** formado por profesionales de las entidades y asociaciones que trabajan en la intervención directa con las personas con adicciones. En este grupo focal se ha generado un proceso de debate en el que se ha puesto encima de la mesa, además de lo mencionado anteriormente, los principales retos y desafíos a los que se enfrentan estos profesionales, y qué propuestas de mejora llevarían a cabo.

2.3. Retos del tratamiento y la rehabilitación en España

Las adicciones en nuestro país son consideradas un problema de salud pública al que hay que dar respuesta. Una de las formas de dar respuesta a este problema es mediante las intervenciones específicas. Sin embargo, el tratamiento de adicciones enfrenta diversos desafíos que hacen más difícil una respuesta efectiva ante este problema. Aunque es notable el avance en las diferentes políticas y los diferentes servicios proporcionados, todavía queda mucho por hacer para conseguir mejorar la eficacia de los diferentes programas de tratamiento. Algunos de estos desafíos son los siguientes:

Desigualdad geográfica:

En España, los servicios de tratamiento se encuentran repartidos a lo largo de todo el plano nacional, pero, a pesar de ello, la distribución de estos es muy desigual. De

hecho, hay ciertas comunidades que cuentan con programas de tratamiento más accesibles, y sin embargo, hay otras comunidades en los que los programas son limitados o incluso inexistentes. Esta desigualdad tiene implicaciones para la atención, creando diferencias importantes en el acceso a los servicios, lo que tiene consecuencias importantes para la salud de las personas y en definitiva de la sociedad.

Según afirmaciones de los diferentes profesionales *“los servicios de tratamiento en nuestro territorio se centran en las principales ciudades como Barcelona o Madrid y dejan de lado otras zonas más pequeñas”*. La presencia de ciertos servicios de tratamiento especializados en diversas regiones de nuestro país y la ausencia en otras regiones es un reflejo de la disparidad geográfica existente, lo que supone una barrera más para acceder a los servicios de tratamiento y rehabilitación.

Otra realidad mencionada por los profesionales en este ámbito es que *“Al haber tan solo un servicio de tratamiento y rehabilitación para un conjunto de la población tan grande, hace que la carga de trabajo sea enorme y en muchas ocasiones genera una lista de espera que no se reduce”*. Es verdad que desde hace décadas el problema del consumo de drogas ha ido en aumento en cuanto a la presencia social se refiere, pero no es así en cuanto a los servicios de tratamiento disponibles. De hecho, los problemas van en aumento al igual que la carga de trabajo y eso puede mermar la calidad de las intervenciones. En definitiva, resulta imprescindible que los diferentes servicios se adapten a esta realidad en cada una de las diferentes regiones de nuestro país.

Estigmatización:

Incluso a pesar de que se ha conseguido avanzar en muchas cuestiones, todavía existe estigma asociado con las personas consumidoras de drogas. Este estigma puede impedir que las personas accedan a los servicios de tratamiento, ya que muchas de ellas prefieren no solicitar ayuda para no ser discriminadas por su condición, afectando no solo a la disposición para buscar ayuda, sino también a la integración social posterior.

“Uno de los problemas a los que nos enfrentamos como profesionales en relación con el estigma es que sin querer estamos parcializando a los diversos colectivos y eso favorece que el estigma siga creciendo”. **Los profesionales de los servicios de tratamiento trabajan en favor de derrumbar estos estigmas, pero falta esa mirada transversal que aborde los problemas de cada persona sin parcializar cada grupo poblacional.**

“El estigma es uno de los problemas de base a los que se enfrentan las personas que consumen drogas, no solo en las zonas más vulnerables, sino a nivel nacional e internacional” – menciona un profesional de la Psicología -. Además, la concepción biomédica existente todavía en algunos servicios de rehabilitación, como si fuera una enfermedad, hace que haya una responsabilización del sujeto enfermo de lo que le sucede y por ello es más fácil que se desarrolle ese estigma.

Otro de los aspectos clave en relación con el estigma es el **rechazo** que sufren las personas consumidoras de drogas. *“En la sociedad nunca nos hemos planteado si una persona que padece cáncer es merecedora o no de un tratamiento porque la respuesta está clara, pero sin embargo en el ámbito de las drogas no tenemos tan clara la respuesta”*. La connotación punitiva existente en cuanto a las drogas influye directamente en ese

rechazo social a las personas consumidoras, lo que hace necesario una mayor sensibilización en la sociedad respecto al consumo y al tratamiento de estas.

“El estigma propio (auto estigma) que tienen las personas consumidoras de drogas a nivel subjetivo nos indica la relevancia y la trascendencia que tiene el estigma para el tratamiento”. La cuestión clave es que muchas veces estas personas pueden considerar que su problema no es tan grave, lo que influye negativamente en la capacidad para solicitar ayuda, en cómo reciben la ayuda por parte de esos profesionales y en la adherencia de esa persona al tratamiento.

Por último, muchos de los colectivos claves en el fenómeno de las drogas enfrentan una **doble estigmatización**. *“El problema que tienen las personas consumidoras de drogas es que están atravesados por una interseccionalidad en relación con el estigma que hace que la exclusión social juegue un papel fundamental”.* Esa doble estigmatización hace que las personas con este tipo de problemas no logren encontrar la ayuda que necesitan, ya que la sociedad suele juzgar más duramente a aquellas personas con un problema de drogas y un problema relacionado con la exclusión social como pueden ser las personas sin hogar o las mujeres.

Financiación:

La financiación de los programas de tratamiento y rehabilitación supone uno de los mayores desafíos a los que se hay que enfrentar en materia de políticas de drogas. Por un lado, la escasez de recursos disponibles, tanto económicos como humanos, así como la supeditación de financiación de carácter público a la que se enfrentan los diferentes servicios, supone estar en un continuo estado de alerta ante un posible cambio en este ámbito, afectando a la sostenibilidad de estos. Ello tiene consecuencias en la capacidad que tienen los servicios de tratamiento para ofrecer atención de calidad, ya que eso supone simplificar los servicios al ajustarse a esos recursos disponibles (UNAD, 2018). Es decir, los programas de tratamiento y rehabilitación dependen del compromiso adquirido por parte de los diferentes equipos de gobierno tanto a nivel estatal como a nivel autonómico.

“Es fundamental que los equipos profesionales nos mantengamos firmes ante los cambios políticos, ya que, de lo contrario, la sensibilidad hacia este problema podría variar según el gobierno en turno, afectando la prioridad y atención que se le brinda.”. Uno de los principales problemas que se ha observado en cuanto a la financiación de los programas de tratamiento se refiere a los cambios ideológicos tan drásticos en materia política. Está claro que ese cambio de enfoque político afecta de manera directa a los programas de tratamiento y rehabilitación, dejando en un limbo a los profesionales de los servicios, puesto que ponen en jaque la efectividad de sus propuestas, así como la calidad de estas.

Como es sabido, en algunas comunidades, la financiación pública de los programas depende de subvenciones o de fondos del IRPF, lo que genera una situación de gran inestabilidad. Esto implica que muchos programas que en una región obtendrían una financiación específica pueden recibir un apoyo diferente en otra, ya que no existen criterios técnicos uniformes para evaluar estos proyectos. **Así, la financiación queda sujeta a las políticas públicas establecidas en cada comunidad, generando desigualdades en su asignación.**

Para poder avanzar en materia de financiación y poder “superar” este reto, se debe poner el foco en los gobiernos tanto a nivel estatal como a nivel autonómico, con el objetivo de que esa financiación pueda estar garantizada en materia de estabilidad, y no tanto en materia de ideología política.

Atención a colectivos específicos:

En la actualidad existe la necesidad de adaptar los diferentes programas de tratamiento y rehabilitación para atender a colectivos específicos, como pueden ser las mujeres, las personas sin hogar o las personas pertenecientes al colectivo LGTBIQ+. Esto implica no solo adaptar los programas a sus necesidades, sino también valorar las posibles dificultades a las que se pueden enfrentar estos colectivos, dificultades añadidas a las que podemos encontrar en el fenómeno de las drogas.

“Tenemos que tener en cuenta las dificultades de los diferentes colectivos específicos, pero debemos no solo centrarnos en los grupos que hace décadas enfrentan mayores problemas, como podrían ser las mujeres, sino también centrarnos en nuevos grupos y sus necesidades, como el colectivo LGTBIQ+, ya que todos ellos siguen teniendo problemas para poder acceder a unos servicios de calidad”. Es verdad que los problemas de drogas han ido en aumento a lo largo de los años y la forma de intervenir en esos problemas se hace cada vez más difícil, pero a pesar de ello es necesario focalizar y centrar los recursos tanto económicos como humanos de los que se disponen para atender las necesidades de estos nuevos grupos.

Al igual que las **mujeres**, existen otros colectivos que tienen que enfrentarse a múltiples barreras para acceder a los servicios de tratamiento y rehabilitación, entre los que destacamos **el colectivo de personas LGTBIQ+** que también sufren una doble estigmatización, simplemente por formar parte del colectivo, y además también por ser consumidores de drogas o tener algún tipo de adicción. En relación con esto, la falta de formación existente en los diferentes equipos de profesionales ha hecho que la calidad de las intervenciones y la eficacia de estas se haya visto reducida, en parte debido a que se trata de un colectivo relativamente nuevo en comparación con el perfil que tradicionalmente acudía a este tipo de servicios.

“El problema que nos estamos encontrando es que las personas LGTBIQ+ es un colectivo muy invisibilizado como hacía tiempo atrás lo eran las mujeres” – menciona una profesional de este ámbito -.

En relación con estos colectivos, debemos de tener en cuenta que el fenómeno del consumo de drogas ha sido durante muchos años un fenómeno particularmente masculino, pero desde las políticas públicas se está promoviendo un enfoque de género para abordarlo. Uno de los aspectos más importantes para los programas de tratamiento es la consolidación del **enfoque de género** como base de sus intervenciones, para lograr que los servicios puedan llegar a todos y cada uno de los colectivos presentes en este fenómeno.

Otro colectivo que debe ser mencionado aquí son **las personas sin hogar**, ya que además de la propia exclusión por encontrarse sin hogar, se le suma la exclusión a la que se enfrentan por consumir sustancias. Algunos de los factores de riesgo a los que se

enfrentan estas personas son los problemas relacionados con el estrés y la falta de estabilidad tanto a nivel económico como a nivel familiar derivados de su situación de exclusión social. Esta situación favorece que estas personas recurran a las sustancias como una forma de evitar estos problemas, como un mecanismo de evitación de estos.

De hecho, en muchas investigaciones se reporta una evidencia clara, *“hay una mayor prevalencia de problemas de uso de sustancias entre las personas sin hogar que entre la población en general”* y esto tiene una consecuencia muy clara en las personas sin hogar que solicitan ayuda a los servicios de tratamiento. Según UNAD (2021), respecto del tratamiento, el inicio y el mantenimiento de este en personas con esta casuística es muy complicado y puede ser uno de los principales motivos de abandono. Además, cuando la persona finaliza el tratamiento y tiene que irremediamente regresar a esa situación de calle, la capacidad para mantener la abstinencia se verá mermada considerablemente. Los servicios de tratamiento deben por lo tanto no solo centrarse en aquellas situaciones que reviertan cierta urgencia, sino también aportar soluciones más a largo plazo, en las que la inclusión social sea total y permanente.

Adicciones a nuevas sustancias y adicciones comportamentales:

A raíz de la aparición de **nuevas sustancias psicoactivas** se plantean nuevos retos para los programas de tratamiento. Al mismo tiempo, el desarrollo de las adicciones sin sustancia o **adicciones comportamentales** ha supuesto un reto para los diferentes profesionales, que requieren de mayor formación para poder dar una atención de calidad a las personas que demanden ayuda.

En relación con esto, no solo es preocupante la rápida aparición de estas nuevas sustancias, sino también la rapidez con la que están calando en el conjunto de la sociedad. Esta información ha sido aportada por diversos estudios e investigaciones, entre las que destacan las realizadas por la UNODC en el año 2022, donde se han notificado 76 nuevas sustancias psicoactivas (NSP) entre 2021 y octubre de 2022.

A pesar de que la cifra de 76 NSP puede parecer pequeña, el problema radica en su peligrosidad y riesgo. De hecho, estas nuevas sustancias psicoactivas están llegando poco a poco a los servicios de tratamiento a través de las personas que solicitan ayuda y los profesionales deben de adaptar sus intervenciones. En la actualidad, no solo ha habido un aumento en el número de nuevas sustancias y en consecuencia de posibles adicciones en un futuro, sino que esas nuevas sustancias cada vez son más peligrosas, lo que hace que los profesionales de la salud pública tengan que estar más alerta con el objetivo de adecuar su intervención.

“El problema que tenemos los profesionales con estas nuevas sustancias es que todavía falta muchísima formación con respecto a este tema y no tenemos forma de acceder a ella, en parte porque desde las políticas públicas todavía son muy desconocedores de estas realidades”.

En el caso de las adicciones sin sustancia como la **ludopatía**, o la **adicción a las redes sociales**, representan un reto para el sistema de salud, ya que todavía está adaptándose y los tratamientos y las políticas preventivas están menos desarrollados en comparación con las adicciones a sustancias. Las políticas preventivas en el caso de las adicciones a

las redes sociales suelen estar enfocadas a los jóvenes, ya que es la población en la que mayoritariamente se está detectando (Echeburúa y De Corral, 2010).

Uno de los aspectos que mayor preocupación reporta en la sociedad respecto a las adicciones comportamentales son los problemas relacionados con el uso de las redes sociales, especialmente en **población joven**. De hecho, según una investigación que ha centrado su estudio en esta cuestión, cerca de un 2,9% de los adolescentes mantiene un uso problemático de las redes sociales (Machimbarrena et al., 2023) y ya en el año 2010 Enrique Echeburúa lo señalaba como uno de los principales retos a abordar en el marco de las políticas públicas y que requeriría de una atención específica y especializada.

Sin embargo, a pesar de que el abordaje de estas adicciones parece sencillo, resulta muy complicado y así lo resaltan profesionales de la atención pública: *“La cuestión está en cómo ayudar a esas personas con su problema porque al fin y al cabo no pueden permanecer aislados y muchas tienen que adaptarse a convivir con esa dependencia ya que no pueden renunciar a ello”*

Aumento de los casos de personas con trastorno dual o e trastornos co-ocurrentes:

En España se están haciendo cada vez más presentes los **problemas de salud mental**, que suponen un desafío para los diferentes servicios sanitarios. Sin embargo, cuando los problemas psicológicos se presentan en aquellas personas con **problemas con el consumo de drogas**, el abordaje clínico de ambos problemas puede ser muy complicado, no solo para los profesionales que trabajan directamente con estas personas, sino también en cuanto al desarrollo de políticas públicas eficaces que integren ambos aspectos.

Existe una creciente proliferación de los trastornos de salud mental en España, de hecho, “en el año 2019, **1 de cada 6 personas** experimentó un trastorno de salud mental”, según los datos proporcionados en 2023 por un informe realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y el Observatorio Europeo sobre Sistemas y Políticas de Salud. No obstante, estos datos, aunque parecen esperanzadores, nos indican que España se encuentra entre los seis primeros países europeos con tasas más altas en relación con los problemas de salud mental, entre los que se destacan la ansiedad y la depresión.

Estos datos reflejan la necesidad imperante de aportar recursos económicos y humanos para reducir esta tasa no solo a nivel estadístico y para reducir los problemas de salud mental y mejorar la calidad de vida de cada una de las personas que forman parte del conjunto territorial de España.

Por ello, desde la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) se propuso trabajar en los retos actuales de la salud mental en España cuyos resultados fueron publicados en el informe “Los retos actuales de la salud mental desde la Salud Pública y la Administración Sanitaria” (Mar et al., 2020). En este informe se incluyen diversos artículos que abordan diferentes retos de la salud mental, como puede ser la atención ofrecida desde los servicios de salud mental, la prevención del suicidio, el empoderamiento de las personas con trastornos de la salud mental, así como la salud

mental de los adolescentes. En definitiva, este informe refleja la importancia de la salud mental, pero al mismo tiempo la dificultad que supone abordar los problemas en la misma.

El abordaje de los problemas de salud mental para los profesionales sanitarios ha sido uno de los desafíos más importantes a los que se han tenido que enfrentar en los últimos años. Esta dificultad se ve agravada cuando esas personas también tienen algún problema con el consumo de drogas, ya que abordar ambos problemas de manera integral y efectiva supone una dificultad añadida. Además, el **Sistema Nacional de Salud** no está tampoco totalmente preparado para abordar de manera simultánea ambos problemas. Esto puede hacer que la coordinación entre los servicios de salud mental y los programas de tratamiento en adicciones sea insuficiente, lo que influye de manera significativa en la calidad de las atenciones. Al mismo tiempo, todavía no se ha consolidado científicamente una intervención terapéutica concreta, lo que también pone en jaque a los diferentes servicios de tratamiento (Mèlich, 2008).

“La no presencia de un profesional de la salud mental en todos los servicios de tratamiento es un problema muy grave para el abordaje de los trastornos de salud mental y los trastornos por uso de sustancias simultáneamente”. Las políticas públicas por lo tanto deberían de darle más fuerza a la figura del profesional de la salud mental para desarrollar un trabajo más integral e interseccional.

“El problema del consumo de drogas y de la salud mental está en la consideración del primero como si solo fuera un problema de lo segundo”. Como abordamos en la introducción de este capítulo, durante las primeras décadas en el estudio de las drogas se entendía este problema bajo el modelo biomédico, como si las adicciones fueran una enfermedad (de ahí viene el término de patología dual, que desde RIOD rechazamos), como si el problema de drogas fuera una patología.

Sin embargo, se ha visto que el consumo de drogas es un fenómeno que no solo implica a la salud mental, sino también otros aspectos que nos hacen abordarlo desde un enfoque múltiple. Por ello, los profesionales reivindican esa coordinación entre ambos servicios de forma efectiva y eficaz, puesto que la integración de las adicciones dentro de la salud mental como si fuera únicamente un problema de este, supone un retroceso con respecto a los avances que se han logrado en este campo.

2.4. El camino a seguir: avanzar en el tratamiento

El fenómeno de las adicciones es cambiante y en la actualidad se presenta como un fenómeno más difícil de abordar ya que han aumentado los desafíos. La presencia de nuevas sustancias psicoactivas, mucho más potentes, peligrosas y con un riesgo mayor para la salud de las personas, así como una mayor disponibilidad de las drogas supone un aspecto clave a abordar.

Los esfuerzos incesantes por parte de los profesionales para abordar de manera integral los problemas de salud mental, así como los problemas relacionados con el consumo de drogas, se traducen en una carga de trabajo para una escasa disponibilidad de recursos económicos y humanos. También se observa que con la presencia cada vez mayor de nuevas sustancias psicoactivas y nuevas conductas adictivas (sexo, redes sociales,

juego...) aumenta las probabilidades de que las personas enfrenten problemas de adicciones a sustancias o adicciones comportamentales.

Estos desafíos señalan la necesidad de desarrollar estrategias de prevención, intervención y reducción de daños de forma integral y que se adapten a cada realidad personal, de tal manera que el abordaje del fenómeno de las drogas pueda llevarse a cabo de la manera más efectiva y eficiente posible.

En cuanto a nuestro país, las políticas de salud públicas enfocadas en las adicciones son esenciales para poder enfrentarse a los diferentes desafíos que implica el consumo de drogas. Sin embargo, estas políticas deben de ser desarrolladas basándose en la inclusión ya que es la única opción para conseguir no solo enfrentar estos desafíos, sino también superarlos.

Con la mirada puesta en el futuro, el avance en el ámbito del tratamiento y rehabilitación de las adicciones juega un papel crucial. Sin embargo, ese avance es todavía muy lento y se necesitan mejorar en algunos aspectos, y para ello se han propuesto diferentes iniciativas entre las que se destacan: ampliar el acceso a los servicios de tratamiento, mejorar la formación de los diferentes profesionales en las nuevas necesidades de la población en relación con el consumo de sustancias y fomentar una mejor coordinación entre los diferentes profesionales y servicios presentes en este ámbito de la salud pública ya que esto reportaría un beneficio para todas aquellas personas que directa o indirectamente se encuentran afectadas por los problemas relacionados con las drogas y las adicciones.

Ampliar los servicios de tratamiento para todos los colectivos

A pesar de la evolución en cuestiones específicas en materia de tratamiento en España las personas que solicitan ayuda todavía se enfrentan a desigualdades y diferencias que limitan su acceso. A pesar de que el modelo actual que se sigue en los servicios de tratamiento es el modelo bio-psico-social que aborda el consumo de drogas desde una perspectiva biológica, psicológica y social, se siguen llevando a cabo actuaciones centradas en solo uno de esos tres aspectos, lo que hace que no se aborden muchas situaciones que afectan a las personas consumidoras de drogas.

El fenómeno de las drogas reclama el trabajo desde un enfoque interseccional, en el que se aborden todos los problemas a los que se enfrentan las personas. Para ello, es necesario abordar aspectos como pueden ser el estigma, la exclusión social o incluso la orientación sexual, la falta de una vivienda digna o de trabajo, los problemas de salud mental o incluso los problemas de índole socioeconómico. No obstante, todos estos aspectos se diferencian en cada persona, por lo que es necesario que ese abordaje sea individualizado para atender de forma particular a cada una de estas circunstancias.

A pesar de este enfoque interseccional, los diferentes colectivos más afectados por este fenómeno, como las mujeres, las personas LGTBIQ+, las personas sin hogar o las personas con problemas de salud mental, siguen enfrentándose a muchas barreras para acceder a los servicios de tratamiento.

Eliminar barreras y asegurar el tratamiento para todas las personas y colectivos:

- **Atención a las personas jóvenes:** Las barreras a las que se enfrentan los menores de 18 años son notables en todas las regiones de nuestro país. Se ha propuesto la ampliación y adaptación de los diferentes servicios de tratamiento existentes a las necesidades específicas de este grupo poblacional, de tal manera que se pueda asegurar el acceso desde edades tempranas. *“La presencia de los jóvenes en los servicios de tratamiento suele ser escasa ya que estos están dirigidos a otro conjunto poblacional, pero paradójicamente, la juventud o adolescencia es la etapa en la que mayoritariamente se empieza a consumir”*.
- **Atención específica a personas del colectivo LGTBIQ+:** Uno de los mayores problemas relacionados con la atención de este colectivo es la falta de formación por parte de los profesionales, así como el estigma que sufren. Se ha propuesto la mejora de la competencia profesional: *“La falta de formación por nuestra parte respecto a este colectivo, puede influir en la capacidad para pedir ayuda por parte de los miembros de este colectivo”*, mencionaba un profesional sanitario.
- **Integración de la perspectiva de género en los programas de tratamiento y rehabilitación:** Al igual que en el caso de otros colectivos, es necesario que los diferentes servicios de tratamiento se adapten a las circunstancias específicas de las mujeres. Uno de los principales problemas de este colectivo es que sufren una mayor estigmatización, ya que son más duramente criticadas por la sociedad por consumir y desarrollar problemas con las drogas. Además, otro problema al que se enfrenta este colectivo está relacionado con la maternidad, ya que cuando estas mujeres, además son madres, son juzgadas no sólo como malas mujeres, sino también como malas madres. Por otro lado, muchas de ellas tienen responsabilidades familiares que pueden ser un impedimento para acceder a los recursos de tratamiento, ya que además muchos de ellos no están diseñados para atender a esta necesidad (UNAD, 2021). Además, también se enfrentan a otras barreras para acceder a los servicios de tratamiento, como por ejemplo la violencia padecida a lo largo de los años. Un porcentaje muy alto de las mujeres con adicciones han sufrido a lo largo de su vida relaciones abusivas en las que ha estado presente la violencia de género y la dependencia emocional, lo que dificulta el acceso al tratamiento, y más si todavía permanecen con el agresor, pues este puede controlarlas física o emocionalmente. Otra de las barreras a las que se enfrentan las mujeres es el temor al sistema judicial, especialmente a ser arrestadas o perder la custodia de sus hijos en el caso de que los tengan, lo que puede ser un impedimento para acceder a los recursos (RIOD, 2019). *“El problema de estas mujeres es que muchas veces utilizan los consumos para paliar o anestesiar el dolor que sienten ante esas formas de violencia de las que no se ven capaces de escapar”*. Es por esto por lo que es necesaria la coordinación y la integración de los servicios de tratamiento con los servicios especializados en violencia de género, de tal manera que se puedan abordar todas las circunstancias que rodean a estas mujeres. En conclusión y atendiendo a las palabras de diferentes profesionales de la salud y la atención en la problemática de drogas, *“Tenemos que dejar de lado la parcialización de estas mujeres en función de si es víctima de violencia o consumidora de drogas, porque eso las deja en el medio*

indefensas, y fomentar la integración del trabajo que hacemos desde todos los ámbitos que rodean a estas mujeres”.

Garantizar la financiación para el Tratamiento y enmendar la desigualdad geográfica

Con el objetivo de garantizar que las intervenciones realizadas en los servicios sean efectivas y de calidad, es necesario proporcionar más recursos a nivel económico y en consecuencia, a nivel humano. Esto es de vital importancia, ya que sin una mejora a nivel de financiación y de estabilidad en la misma, es muy probable que los servicios de tratamiento continúen sin llegar a todos los sectores de la población y a todas las regiones.

- **Aumento del presupuesto destinado a los programas de Tratamiento:** La falta de inversión por parte de los gobiernos en materia de políticas de drogas, concretamente el destinado a los tratamientos públicos, hace que estos programas se vean limitados. Por ello, se requiere un aumento en el presupuesto de tal manera que se pueda asegurar que las intervenciones terapéuticas realizadas en los programas de tratamiento puedan ser funcionales tanto a corto como a largo plazo.
- **Mejorar las condiciones laborales y salariales para los equipos profesionales:** Este reto ha sido señalado por parte de los profesionales, y es que la inseguridad laboral a la que se enfrentan los profesionales en materia de drogas es preocupante. Estos profesionales suelen tener salarios reducidos, que muchas veces se reciben en función de la disponibilidad de financiación por parte de las políticas públicas y que hacen que las condiciones laborales en las que trabajan estos profesionales sean inestables. Esto afecta indudablemente a la salud de los propios profesionales que ven mermada su vocación por el empeoramiento en sus condiciones de trabajo y el aumento de la carga de trabajo. En palabras de un profesional de este ámbito: *“La ratio de profesionales está tan ajustada que la carga de trabajo se va haciendo cada vez más grande y la presión que soportamos los profesionales hace que la calidad de nuestro trabajo se vea reducida. Nos centramos tanto en el cuidado de las demás personas que nos descuidamos a nosotros mismos sin darnos apenas cuenta”*. En definitiva, se deben mejorar las condiciones de trabajo, de tal manera que los equipos profesionales puedan desempeñar su trabajo garantizando la estabilidad económica, ya que esto tendrá una repercusión en la calidad atencional de los diferentes servicios a las personas usuarias.
- **Enmendar la desigualdad geográfica en materia de Tratamiento:** La desigualdad existente en cuanto a la distribución de los diferentes servicios de tratamiento y rehabilitación a lo largo de las regiones de nuestro país ha provocado que exista un desajuste en cuanto al acceso de las personas que viven en áreas reducidas o rurales. Para garantizar que todas las regiones tengan unos buenos recursos en materia de tratamiento es necesario modificar este desajuste territorial a través de un acuerdo entre los gobiernos locales, autonómicos y estatal que garanticen la existencia de equidad entre todos en la cantidad y distribución de los servicios de tratamiento disponibles.

Propuestas:

- Aumentar el **presupuesto invertido** en materia de servicios de tratamiento y rehabilitación, con principal énfasis en aquellas zonas rurales donde los servicios de tratamiento sean escasos o inexistentes.
- Mejorar las **condiciones de trabajo** para los equipos profesionales de tratamiento, a través de salarios con estabilidad, menor carga de trabajo y mayor ratio de profesionales.
- **Redimensionar el mapa de servicios de tratamiento** en España con el objetivo de establecer una red que permita acceder a todas las personas que soliciten ayuda.

Definición, concienciación y sensibilización sobre las adicciones y la importancia del tratamiento.

Uno de los principales problemas existentes en la sociedad es la conceptualización errónea de lo que son las adicciones, sus factores de riesgo y de protección, así como las consecuencias de esta. En palabras de una de las profesionales de este ámbito: *“Parece sorprendente pero todavía hoy en día sigue existiendo la conceptualización de la persona adicta como la figura del heroinómano de los años 80”*. Este, entre otros muchos mitos y prejuicios que envuelven al fenómeno de las drogas, hace que muchas veces el trabajo de los profesionales no llegue al conjunto de la sociedad, y por lo tanto la expansión de los servicios de tratamiento se vuelve más complicada.

Para lograr alcanzar un cambio en la visión social del consumo de drogas y así promover una mejor respuesta de los servicios a este fenómeno, se hacen necesarias una serie de propuestas o estrategias de implementación, entre las que se destacan las siguientes:

- **Investigación en materia de tratamiento:** Promover la investigación en el ámbito del consumo de drogas, así como en el tratamiento de estas, de tal manera que se puedan conocer cuáles son los programas basados en la evidencia que han sido evaluados correctamente. Además, estos estudios pueden contribuir a contrarrestar visiones estigmatizadas y resultar útiles para toda la población. *“El problema que tenemos los profesionales de los servicios de tratamiento es que no existen investigaciones suficientes sobre esto en comparación con otros fenómenos”*, decía una profesional de Barcelona.
- **Espacios de conversación e intercambio de experiencias:** Promover la creación de espacios en los que el diálogo sea la base, y donde pueden estar incluidos toda una diversidad de personas importantes en este fenómeno, como pueden ser los propios usuarios de los servicios de tratamiento, sus familias, e incluso profesionales de la intervención junto con profesionales de otras ramas científicas, como la psicología o la medicina, así como profesionales implicados de manera directa o indirectamente en este fenómeno como los profesionales del trabajo social y la integración social, así como voluntarios o ex usuarios de los servicios de tratamiento, con el objetivo de fomentar un espacio de intercambio donde compartir experiencias personales y poder darle visibilidad a esa conceptualización más realista del tratamiento, donde la persona sea el centro de atención pero también el centro del cambio. *“Gracias a estos grupos focales*

podemos compartir ideas entre profesionales que no necesariamente comparten nuestra forma de trabajar y que pueden estar en otra región del territorio” – señalaban gran parte de los profesionales del grupo de incidencia de Tratamiento.

- **Formación más accesible y actualizada:** Fomentar el desarrollo de espacios de formación para los profesionales presentes en el fenómeno de las drogas, donde se aborden nuevas problemáticas bajo el enfoque de género y la mirada interseccional. Esto es de vital importancia, pero para ello los diferentes profesionales también proponen que sean los propios especialistas de las instituciones intervinientes los que implementen esta formación. *“Políticamente todavía no se han definido bien las formaciones ante las nuevas realidades, por lo que los profesionales no tenemos tampoco acceso a los medios para formarnos” – decía un profesional de la atención en Barcelona.*
- **Sensibilización y concienciación:** A lo largo de muchas décadas, las campañas que se han llevado a cabo a nivel de sensibilización se han dedicado a la prevención del consumo de drogas, especialmente a nivel educativo. Hay muy pocas campañas donde se hable de qué hacer cuando una persona ya está enmascarada por el fenómeno de las drogas. Además, gracias a estas campañas la sociedad podría tener una definición más clara de que son las adicciones y de los beneficios del tratamiento, de tal manera que la percepción social en torno a las adicciones fomente la ayuda, en lugar del rechazo.

“Las personas piensan que hablar de adicción es solo hablar de voluntad y si no se explica con la misma importancia que otros problemas vamos a seguir arrastrando esa idea errónea de lo que implica el consumo de drogas”, explicaba una profesional del territorio catalán.

Atención a la presencia de trastornos co-ocurrentes en los servicios de tratamiento

El aumento en la prevalencia de personas con problemas de salud mental tiene una implicación directa en los programas de tratamiento de adicciones, puesto que se ha visto que cada vez llegan más personas demandando ayuda para solucionar su problema con el consumo de drogas, pero a su vez también persisten otros problemas en dichas personas entre los que se destacan los problemas de salud mental. De hecho, algunas personas con problemas de salud mental enfrentan adicciones debido a que utilizan las sustancias para paliar los síntomas del trastorno mental, o también por usar de forma errónea dichas sustancias como una forma de automedicación.

Si bien es conocido que el tratamiento de los problemas de salud mental y los problemas relacionados con el consumo de drogas de forma independiente ha avanzado notablemente, el tratamiento integral de ambos problemas está todavía en desarrollo. Esta falta de desarrollo en este ámbito se fundamenta en la escasa coordinación entre los diferentes servicios principales en la atención de la salud mental y el consumo de drogas, existiendo todavía una barrera que impide la coordinación.

Es fundamental que esa coordinación esté basada en unos criterios claros, de tal manera que el abordaje de cada uno de los dos problemas tenga el mismo peso a nivel de importancia. Este tipo de coordinación supone un beneficio tanto para el propio

profesional que debe abordar estos problemas como para la propia persona consumidora de drogas y con trastorno de salud mental. Como señalan las profesionales en este ámbito *“Existe un miedo creciente a la idea de que la integración de la salud mental y las adicciones se traduzca en proporcionarle más peso a la salud mental, mediante el desarrollo de una figura profesional de la salud mental que tenga algún conocimiento sobre las adicciones”*.

Promover esta integración de los dos ámbitos tiene diversas implicaciones no solo para los profesionales, sino también para las políticas públicas en materia de salud mental y de adicciones. A nivel autonómico, en regiones como Cataluña se ha desarrollado un Plan Integral donde se abordan ambas cuestiones, pero este plan todavía tiene diversos aspectos que corregir y mejorar, y así lo señalan las profesionales de esta región: *“El problema de este Plan Integral de Salud Mental y Adicciones es que esto último queda relegado a un segundo plano, por lo que la integración de ambas redes no es totalmente real”*.

Propuestas de mejora en la atención a las personas con trastornos co-ocurrentes.

- **Especialización y especificación en el ámbito de las adicciones:** La falta de especialidad y de especificidad en las adicciones tanto para los profesionales como para las políticas públicas supone una barrera difícil de superar. Esa falta de especificidad en las adicciones hace que en muchas ocasiones no se puedan abordar todos los aspectos que se encuentran incrustados en esta problemática. Es fundamental por lo tanto que desde las políticas públicas se entienda que las adicciones son un problema específico que requiere de acciones concretas, específicas y especializadas.
- **Un enfoque basado en la coordinación:** Para que los servicios de tratamiento puedan garantizar una atención de calidad a todas las personas, es necesario que la coordinación se redefina. Esta coordinación tiene que estar basada en la máxima de *Primum non nocere*, que significa que lo primero es no hacer daño, ya que si esa coordinación es inestable o ineficaz, no sólo puede afectar a los profesionales de los dos ámbitos, sino a algo muy importante que es la salud integral de la persona.

Adaptación de los servicios profesionales a las nuevas sustancias y conductas adictivas existentes.

La prevalencia de consumo de drogas, así como los diferentes cambios producidos en las sustancias disponibles ha supuesto que el fenómeno de las drogas esté en constante cambio. Es por ello por lo que resulta de vital importancia que los servicios de tratamiento pongan el foco no solo en los problemas con las sustancias ya conocidas como puede ser el alcohol, el cannabis, la heroína o la cocaína, sino que también centren sus esfuerzos en adaptarse a la presencia de estas nuevas sustancias y conductas adictivas en la vida de las personas que solicitan ayuda.

- **Nuevas sustancias y realidades:** se ha observado que a medida que aparecen estas nuevas sustancias en la sociedad, también aparecen los problemas derivados de su consumo, por ello, es necesario que desde los servicios de tratamiento haya un reenfoque del modelo de atención prestada para adaptarse a

estas nuevas realidades. Para ello, es necesario promover el desarrollo de programas específicos para el abordaje de estas nuevas sustancias y todos aquellos aspectos que las rodean, como pueden ser las consecuencias a corto y largo plazo o los efectos secundarios derivados de su consumo a nivel físico y a nivel mental.

- **Conductas adictivas:** con el paso del tiempo se ha visto que no solo las drogas pueden suponer un riesgo para la salud física y mental de las personas, sino que también existen diversas conductas que pueden ser de riesgo. Dentro de estas, los datos estadísticos se han centrado en el estudio de los problemas relacionados con el juego patológico, pero con la evolución de la tecnología se está observando un aumento en el número de personas que han desarrollado problemas con las redes sociales, entre otras conductas. Es necesario incluir los problemas relacionados con estas conductas en las políticas de salud pública como un fenómeno más dentro del ámbito de las adicciones, de tal manera que se le de tanta importancia como al resto de fenómenos. La falta de formación de los profesionales en este ámbito limita la calidad de las intervenciones lo que facilita el mantenimiento de estas como una estrategia de afrontamiento ante las dificultades y problemas, especialmente en la población joven.

Propuesta para una mejora en la calidad atencional

Adaptación de los servicios de tratamiento a los nuevos retos derivados de la aparición de las nuevas sustancias psicoactivas, así como de las adicciones sin sustancia o comportamentales, mediante la formación en estos aspectos de los profesionales implicados, así como ofrecer una visión clara a la sociedad en general de los riesgos de estas nuevas sustancias y conductas.

Promover la colaboración y el intercambio de información entre los profesionales

La importancia de la colaboración entre los diferentes sectores implicados en el fenómeno de las drogas radica en que es imprescindible para poder desarrollar y poner en práctica estrategias efectivas en materia de tratamiento y rehabilitación. Poder compartir buenas prácticas entre los diferentes profesionales, así como las propias experiencias de estos, puede suponer un punto clave en la obtención de mejores resultados en cuanto a una atención de calidad y también fomentar de manera continua la innovación de dichos profesionales.

Con el objetivo de mejorar la concienciación existente en materia de drogas, diversos profesionales han señalado la importancia de promover espacios en los que se puedan compartir información. Señalan que esta información puede ser de utilidad para su propia actividad laboral, pero que también puede servir para dar visibilidad a la realidad del fenómeno de las drogas desde la propia experiencia de las personas y de los cambios que han conseguido gracias al tratamiento. La reivindicación de este aspecto radica en que muchas personas tienen una concepción errónea de lo que es una adicción, y esta información puede servir de base para promover un cambio en esa concepción social.

Algunos ejemplos de buenas prácticas podemos encontrarlos en la “Guía de buenas prácticas del Proyecto [Share2Act](#) para profesionales que trabajan con personas que usan drogas”, resultado de un proyecto destinado a ayudar a los diversos profesionales que trabajan en el ámbito de las drogas y las adicciones a desarrollar sus competencias mediante el intercambio de buenas prácticas; liderado por RIOD, en colaboración con redes como FEDITO BXL (Bélgica), Correlation (Países Bajos) y Federación Andaluza ENLACE (España). Algunas de estas prácticas son las siguientes:

- **Let´s Chat:** Desarrollada por ATRA Asociación con el objetivo de prevenir y acompañar a la población joven de entre 12 y 30 años y a sus familias, en la gestión de los riesgos y placeres asociados, entre otros, al consumo de sustancias.
- **Operación “Barrio inclusivo”:** Desarrollada por la Asociación LIMAM con el objetivo de que las personas con problemas de adicción no solo sean protagonistas en sus procesos de transformación personal, sino también en los procesos de transformación comunitaria. Para ello, no solo se interviene con la persona en concreto, sino también con su entorno desarrollando iniciativas para promover la participación ciudadana.
- **Proyecto de formación sobre el uso de tecnologías en grupos vulnerables en situaciones de crisis:** Desarrollada por la Asociación Poveda con el objetivo de desarrollar las competencias necesarias para mejorar la autonomía y la empleabilidad, y, en definitiva, mejorar la rehabilitación y la reinserción social y laboral.
- **Suelto Amarras para Crecer:** Desarrollada por la Asociación ASPAD con el objetivo de promover el crecimiento personal de las mujeres con problemas de consumo de sustancias, incluyendo la perspectiva de género a lo largo de todo el proceso.

A través de estas Buenas Prácticas, es posible que los profesionales puedan compartir diferentes experiencias, así como fomentar la formación en diversos aspectos, que, sin esta colaboración, probablemente no serían desarrollados nunca.

Promoción del bienestar y la salud de los profesionales en el ámbito del tratamiento

No queríamos finalizar este capítulo sin mencionar algo que es muy importante pero que desde las instituciones y desde las investigaciones apenas se tiene en cuenta y es el bienestar y la salud de los profesionales que trabajan día a día en el ámbito de las adicciones.

En cuanto a esto, se han estudiado diversos factores que pueden influir en la calidad de la atención brindada a los usuarios de los servicios de tratamiento, entre los que se destacan el estrés laboral y el “burnout” o agotamiento laboral.

El burnout es un fenómeno muy común en el que se presentan sensaciones de ineficacia en el trabajo, así como procesos de agotamiento a nivel emocional y despersonalización (Morse et al., 2011). En concreto en el ámbito de las adicciones, el esfuerzo requerido a los profesionales a nivel emocional para poder gestionar casos complicados como mencionan Bride et al. (2009), sumado a la carga administrativa existente en la mayoría de

los centros de tratamiento, así como un número elevado de usuarios puede sobrecargar a los profesionales.

Esto se encuentra muy relacionado con el estrés laboral, ya que al tratarse de un trabajo que requiere de un nivel de atención emocional elevado en comparación con otras profesiones, puede hacer que el esfuerzo emocional que se requiere sirva como un factor de riesgo para la sobrecarga y la pérdida de motivación.

En cuanto a la sobrecarga de trabajo que se ha mencionado, está muy relacionado con el concepto de autocuidado, puesto que cuanta más sobrecarga de trabajo exista, el tiempo dedicado al autocuidado se reduce, lo que puede favorecer a ese agotamiento laboral.

Todo esto tiene implicaciones importantes para la salud de los profesionales, pero también para la calidad de la atención que prestan a las personas que solicitan ayuda. El agotamiento y el estrés pueden tener un impacto negativo en la calidad de la atención brindada por parte de los profesionales, es decir, la eficacia de la atención se ve disminuida.

Respecto a esto, diversos profesionales han comentado lo siguiente: *“Desde el ámbito sanitario se tiene en cuenta el autocuidado de los profesionales, pero en el ámbito de las adicciones es algo que ha quedado relegado a un tercer o cuarto plano, deberíamos de incidir en esto porque es de vital importancia”*.

2.5. Conclusiones

En resumen, el tratamiento de las adicciones en España ha experimentado una evolución significativa desde los enfoques punitivos en los años 70 hasta el actual modelo biopsicosocial. Este enfoque integral considera los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo, destacando la necesidad de una atención interdisciplinaria y de reducir el estigma asociado al consumo de drogas.

Los principales desafíos incluyen la desigualdad geográfica en el acceso a los servicios de tratamiento, la falta de financiación estable, el estigma persistente hacia las personas con adicciones y la necesidad de programas adaptados para grupos vulnerables, como mujeres, jóvenes y personas sin hogar. Además, las nuevas sustancias psicoactivas y las adicciones comportamentales suponen un reto emergente que requiere formación continua de los profesionales y la adaptación de los servicios.

Finalmente, es esencial mejorar la coordinación entre los servicios de salud mental y los de adicciones, así como garantizar la estabilidad en la financiación para ofrecer tratamientos eficaces. Estos cambios son cruciales para abordar de manera más efectiva el creciente fenómeno de las adicciones en España.

Bibliografía

Bride, B. E., Hatcher, S. S., & Humble, M. N. (2009). Trauma training, trauma practices, and secondary traumatic stress among substance abuse counselors. *Traumatology An International Journal*, 15(2), 96-105. <https://doi.org/10.1177/1534765609336362>

Confederación Salud Mental España (2022, 24 junio). *SALUD MENTAL ESPAÑA alerta de la relación entre adicciones y problemas de salud mental en la población joven*. Confederación Salud Mental España. <https://consaludmental.org/sala-prensa/relacion-adicciones-salud-mental-joven/>

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2017): *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADI CCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2024): *Programas Específicos*. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/Programas_especificos/home.htm

Domínguez-Martín, Á., Miranda-Estribí, M., Pedrero-Pérez, E., Pérez-López, M., & Puerta-García, C. (2008). Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. *Trastornos Adictivos*, 10(2), 112-120. [https://doi.org/10.1016/s1575-0973\(08\)74553-7](https://doi.org/10.1016/s1575-0973(08)74553-7)

Echeburúa, E., & De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-95. <https://doi.org/10.20882/adicciones.196>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 128, de 29 de Mayo de 2003. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>

Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León. *Boletín Oficial del Estado*, 99, de 26 de Abril de 1994. <https://www.boe.es/eli/es-cl/l/1994/03/29/3>

Machimbarrena, J. M., Varona, M., Muela, A., & González-Cabrera, J. M. (2023). Profiles of problematic social networking site use: A cross-cultural validation of a scale with Spanish and Mexican adolescents. *Cyberpsychology Journal Of Psychosocial Research On Cyberspace*, 17(3). <https://doi.org/10.5817/cp2023-3-5>

Mar, J., Del Mar García-Calvente, M., Cabasés, J., Puig-Barrachina, V., & Alonso, J. (2020). Los retos actuales de la salud mental desde la Salud Pública y la Administración Sanitaria. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.09.001>

Mèlich, M. T. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-320. <https://doi.org/10.20882/adicciones.255>

Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2011). Burnout in Mental Health Services: A Review of the Problem and Its Remediation. *Administration And*

Policy In Mental Health And Mental Health Services Research, 39(5), 341-352.
<https://doi.org/10.1007/s10488-011-0352-1>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2024). *Informe 2024. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2024. 294 p. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2024_OEDA-Informe.pdf

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2023). *Informe 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2023. 270 p. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2023). *Informe sobre Adicciones Comportamentales y Otros Trastornos Adictivos 2023: Indicador admitidos a tratamiento por adicciones comportamentales. Juego con dinero, uso de videojuegos, uso problemático a internet y otros trastornos adictivos en las encuestas de drogas en España EDADES y ESTUDES*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2023. 89 p. Disponible en : https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2023_Informe_Trastornos_Comportamentales.pdf

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2021), *Nuevas sustancias psicoactivas: respuestas sanitarias y sociales*, <https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/new-psychoactive-...>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2022). *Amenazas actuales de las nuevas sustancias psicoactivas*. https://www.unodc.org/documents/scientific/Current_NPS_Threats_V_ES.pdf

Organización Mundial de la Salud y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2023). *Normas Internacionales para el tratamiento de trastornos por consumo de drogas: edición revisada con los resultados de las pruebas sobre el terreno*. https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/ES_UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders.pdf

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2023), *España: Perfil de salud por país 2023*, Estado de la salud en la UE, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/71d029b2-en>

Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. *Boletín Oficial del Estado*, 27, de 01 de Febrero de 1984. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1984/01/11/137/con>

RIOD (2019). *Estigma, consumo de drogas y adicciones: Conceptos, implicaciones y recomendaciones*. *Red Iberoamericana de ONG que trabajan con Drogas y Adicciones*. . Disponible en: <https://riod.org/wp-content/uploads/2019/06/ESTIGMA-CONSUMO-DE-DROGAS-Y-ADICCIONES.pdf>

RIOD, Correlation, FEDITO BXL y Federación Andaluza ENLACE (2021). Guía de buenas prácticas del Proyecto Share2Act para profesionales que trabajan con personas que usan drogas. Disponible en: https://share2act.eu/wp-content/uploads/2021/12/S2A_Guia_Espanol.pdf

RIOD (2021). Triple I: Atención Integral, Integradora e Integrada. *Red Iberoamericana de ONG que trabajan con Drogas y Adicciones*. Disponible en: <https://riod.org/wp-content/uploads/2021/04/Guia-TRIPLE-I.pdf>

UNAD (2018). La Cooperación público-privada en el campo de las adicciones: situación y retos. Madrid: UNAD. https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1569840106_informe_coop_publica_priv_adicciones_vf.pdf

UNAD (2019). ESTIGMA, CONSUMO DE DROGAS Y ADICCIONES Conceptos, implicaciones y recomendaciones. <https://riod.org/wp-content/uploads/2019/06/ESTIGMA-CONSUMO-DE-DROGAS-Y-ADICCIONES.pdf>

UNAD (2021). Adicciones y Sinhogarismo. Madrid: UNAD. https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1631094603_sinhogarismo_y_adicciones-unad.pdf

UNAD (2021). *Mujeres, uso de drogas y adicciones*. Madrid: UNAD https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1615209480_mujeres_usos_de_drogas_y_adicciones_version_web.pdf

UNAD (2023). Perfil de las Adicciones en 2022. La atención a las personas de la Red UNAD. Disponible en : https://www.unad.org/wp-content/uploads/2023/07/INFORME-EJECUTIVO_20230727.pdf

UNAD (2024, 3 octubre). UNAD pide apoyo a los grupos parlamentarios para sacar adelante los Presupuestos Generales del Estado 2025 y asegurar las políticas de adicciones.

3. EJE 3. REDUCCIÓN DE DAÑOS EN ESPAÑA

3.1. La reducción de daños, como eje de políticas indispensable

La reducción de daños surge como una práctica esencial y necesaria en contraposición a los modelos prohibitivos y de penalización del consumo que han predominado durante décadas, así como a la abstinencia como única opción frente al uso problemático. Estos enfoques represivos, centrados en la criminalización y la estigmatización de las personas que consumen drogas, han demostrado ser ineficaces e incluso contraproducentes en la gestión de los problemas relacionados con las drogas.

La reducción de daños ofrece una alternativa más humanitaria y pragmática, que reconoce la complejidad del fenómeno del consumo de drogas y busca abordarlo desde una perspectiva de salud pública y derechos humanos. En lugar de castigar y marginar a las personas que consumen drogas, esta estrategia se enfoca en minimizar los riesgos asociados con el consumo, proteger la salud y el bienestar de las personas y la comunidad en general.

Al desplazar el énfasis de la prohibición hacia la reducción de daños, se prioriza la prevención de enfermedades, las intervenciones de salud pública y la atención integral de las personas que consumen drogas. En lugar de criminalizar a los usuarios, se les ofrece acceso a servicios de salud, tratamiento y apoyo social.

Este enfoque también reconoce que el consumo de drogas es un fenómeno complejo, arraigado en múltiples factores sociales, económicos y culturales. Penalizar el consumo no aborda las causas subyacentes de la adicción y puede exacerbar las desigualdades sociales y los problemas de salud pública.

En cambio, la reducción de daños promueve la inclusión, la participación comunitaria y el respeto por los derechos humanos de las personas que consumen drogas. Proporciona un marco para la implementación de políticas y programas que buscan reducir los daños asociados con el consumo de drogas, sin imponer castigos injustos o perpetuar estigmas sociales.

Es bien sabido que la aplicación de estrategias de reducción de daños, que ha ido tomando cada vez mayor relieve internacional, ha proporcionado un creciente conjunto de pruebas que demuestran su eficacia para reducir el impacto negativo del consumo de drogas en individuos y comunidades. Desde la reducción de la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas hasta la prevención de muertes por sobredosis mediante la distribución de naloxona, numerosos estudios han demostrado los beneficios tangibles de las intervenciones de reducción de daños. Estos resultados no sólo ponen de manifiesto el valor de la reducción de daños para la salud pública, sino que también subrayan su papel en la defensa de los derechos humanos y la dignidad de las personas que consumen drogas.

Además, la evidencia de eficacia se extiende más allá de los resultados sanitarios e incluye los beneficios sociales y económicos más amplios de la reducción de daños. Al facilitar que las personas accedan a servicios y tratamientos, se ha demostrado que la reducción del daño contribuye a reducir la delincuencia, mejorar el bienestar de la comunidad y disminuir la carga para los sistemas de asistencia sanitaria y justicia penal. Esta evidencia

holística habla del alcance y el impacto multidimensional de la reducción de daños, situándose como un componente vital de las políticas integrales sobre drogas y de las estrategias de salud pública basadas en pruebas en la región.

Desde RIOD, hemos venido apostando porque los abordajes de reducción de daños estén presentes a lo largo de todos los países de Iberoamérica. Por ser un enfoque solidario, ético y eficaz, necesario en toda estrategia de drogas para acercar a las personas más vulnerables a los recursos existentes y a través del cual, poniendo el foco en la persona, se puede atender a cada cual en el momento y nivel de necesidad en el que se encuentra, respetando sus ritmos y haciéndoles sentir protagonistas de su propio cambio, garantizándoles el trato digno que toda persona merece. Los programas libres de drogas y los de reducción de daños no son alternativos, son complementarios, y así lo deben entender los gobiernos a la hora de liderar el diseño de nuevas políticas de drogas (RIOD, 2016). Una mirada integral de atención a las personas con problemática adictiva debe contemplar la continuidad asistencial de dichos enfoques.

En nuestro documento de posicionamiento “Un enfoque de salud pública en materia de drogas. De la cura de la enfermedad a la promoción de la salud colectiva” ya señalamos que las políticas de reducción de riesgos y daños deben figurar en un lugar estratégico integrado en todos los abordajes preventivos y de atención en materia de consumos problemáticos de drogas. Una política de reducción de riesgos y daños, dentro de un enfoque de salud pública orientado a la consecución de la salud colectiva, parte de tres principios básicos:

- La aceptación de que el consumo lícito o ilícito de drogas es una realidad
- La aceptación de los consumidores como personas y ciudadanos/as de pleno derecho
- La aceptación del principio hipocrático de “primum non nocere” (ante todo, no hacer daño), cosa muchas veces olvidada por intervenciones unidireccionales muy seguras de sí mismas y, por eso mismo, ignorantes de los efectos negativos que podían tener a pie de calle, en la vida cotidiana de la gente (RIOD 2019).

Es por ello que, con afán de promocionar la implementación de dichas políticas, hemos emprendido numerosas acciones encaminadas a fomentar la incorporación del enfoque de reducción de daños en políticas y estrategias de drogas en América Latina y el Caribe. Ejemplo de ello son: identificación de los recursos existentes en América Latina dirigidos a personas usuarias de drogas en situaciones de alta vulnerabilidad socio-sanitaria, que incorporen el enfoque de reducción de daños; acciones de sensibilización como la campaña [Cuento Contigo Cuenta Conmigo](#), con el objetivo de desmitificar el concepto de reducción de daños y ofrecer material informativo; la publicación de una guía de recopilación de buenas prácticas como vía de transferencia de conocimiento, en base a experiencias y evidencias, para promover el diseño y/o mejoras en la implementación de políticas y estrategias de reducción de daños; entre otras.

3.2. La reducción de daños en España

3.2.1. Origen y Desarrollo de la Reducción de Daños en España

La estrategia de Reducción de Daños (RDD) en España surge en la década finales de los 80, en un contexto marcado por la epidemia de heroína y la expansión del consumo por vía parenteral, en paralelo a la crisis sanitaria del VIH. En ese periodo, el país enfrentaba un panorama crítico, con altos índices de mortalidad entre los jóvenes consumidores de heroína, principalmente debido a sobredosis y la propagación de enfermedades infecciosas. Las políticas de criminalización del consumo de drogas y la oferta de programas de tratamiento orientados en exclusiva a la abstinencia eran las principales respuestas, pero se evidenció rápidamente la necesidad de alternativas que abordaran los riesgos inmediatos del consumo, priorizando la salud pública.

Fue en este escenario que comenzaron a surgir los primeros programas de reducción de daños, centrados inicialmente en la prevención de infecciones y la promoción de prácticas más seguras. El establecimiento de programas sustitutivos con metadona y programas de intercambio de jeringuillas (PIJs) fueron algunas de las primeras iniciativas que marcaron el inicio de este enfoque en España. Posteriormente la apertura, aún muy limitada en ciertos territorios, de salas de inyección segura. Estos programas permitieron a los consumidores acceder a un contacto y atención mayor con el sistema de salud, así como a material estéril y consumir en espacios supervisados, reduciendo el riesgo de transmisión de enfermedades como el VIH y el VHC, así como las muertes por sobredosis.

A finales de los 90 y primeros de los 2000, España ya contaba con una red consolidada de servicios de reducción de daños, integrados principalmente por programas de dispensación de metadona, intercambio de jeringuillas y cobertura de necesidades básicas. Sin embargo, la implementación de estos programas no fue homogénea en todo el territorio nacional. Algunas comunidades autónomas mostraron resistencias iniciales, especialmente en regiones donde la abstinencia era la única respuesta promovida. A pesar de ello, los equipos de intervención comunitaria, a través de actividades como la recogida de jeringuillas abandonadas, jugaron un papel clave en la aceptación e integración de estos servicios en las comunidades.

Con el tiempo, la evidencia científica internacional y la aparición de nuevas problemáticas asociadas al consumo de drogas permitieron la ampliación y diversificación de los programas de reducción de daños. Uno de los avances más significativos fue la creación de salas de consumo supervisado y de programas de prevención de sobredosis, donde los usuarios pueden consumir de forma más segura bajo la supervisión de personal especializado o tener acceso a formación y naloxona como antídoto rápido para prevenir y revertir sobredosis, lo que ha demostrado ser efectivo para reducir riesgos.

Hoy en día, España es uno de los países de la Unión Europea que más ha avanzado y mayor beneficio ha obtenido de la reducción de daños, logrando importantes resultados positivos, como la significativa reducción de infecciones por VIH y VHC entre los consumidores de drogas. Esto ha sido posible gracias a la variedad de programas disponibles y cobertura en algunas regiones del país. La Estrategia Nacional sobre Drogas

continúa apoyando este enfoque, reconociendo la reducción de daños como un pilar fundamental para mejorar la salud de las personas afectadas y minimizar los riesgos asociados al consumo. No obstante, en el curso de los años, ha tenido un avance desigual según territorios. Así hemos visto que, mientras que en territorios como Catalunya, cuentan con trece salas de consumo supervisado también para consumo inhalado; con un amplio programa de prevención de sobredosis con acceso a naloxona por parte de la misma población consumidora; como también la existencia algún espacio residencial de reducción de daños para personas sin hogar, en otras zonas españolas apenas existen programas y dispositivos.

Es hoy necesario una revisión de la situación actual de la reducción de daños en España; su compromiso y capacidad de respuesta a los desafíos actuales.

3.2.2 Incorporación en la Estrategia Nacional

La **Estrategia Nacional sobre Drogas de España** incorporó por primera vez la reducción de daños en su planteamiento durante la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Este fue un hito importante, ya que representó un cambio en el enfoque de las políticas de drogas del país, que hasta entonces se habían centrado principalmente en la prevención y el tratamiento, y en medidas de represión para el control del suministro.

Con la inclusión de la reducción de daños y riesgos, la estrategia reconoció que no todas las personas que consumen drogas están en condiciones de lograr la abstinencia inmediata o total, y que era fundamental implementar medidas para minimizar los efectos negativos del consumo, tanto a nivel individual como colectivo. Esto incluyó iniciativas que desde principios de los años 90 hasta la fecha se habían estado implementando, como los programas de intercambio de jeringuillas, la promoción del uso seguro y el acceso a tratamientos de sustitución, como el de metadona.

No fue hasta la estrategia 2009-2016 que se incorporó la perspectiva preventiva de la reducción de riesgos, denominada en ese momento como disminución de riesgos. En dicha estrategia se diferenciaba reducción de daños y riesgos en los términos de “Se trata de dos conceptos próximos, pero no idénticos. La disminución del riesgo se encuentra más próxima a la prevención (como en el caso de los programas orientados a evitar la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol u otras drogas, a fin de prevenir los accidentes de tráfico), mientras que la reducción del daño atañe más a la faceta asistencial (es el caso de los programas de mantenimiento con derivados opiáceos, o las salas de venopunción asistida)”. También reconocía los abordajes que se habían iniciado en España desde 1997 de la mano del Programa Energy Control en torno a los consumos recreativos en contextos de ocio nocturno.

Desde entonces, la reducción de daños y riesgos se ha mantenido como un pilar en las políticas de drogas en España, consolidándose en las estrategias posteriores, como la **Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024**, siendo presentada como parte de la prevención (reducción de riesgos), o bien como área de actuación propia para poblaciones de uso prominentemente problemático (reducción de daños).

3.2.3. Programas y servicios de reducción de daños en España

La reducción de daños comprende un conjunto diverso de políticas, programas y prácticas que buscan minimizar los efectos negativos —en términos de salud, sociales y legales— relacionados con el consumo de drogas y las políticas que lo regulan. Para que estas medidas sean realmente efectivas, es fundamental que se adapten y modifiquen según las circunstancias y necesidades específicas de cada persona y de las comunidades a las que pertenecen, reconociendo la importancia de un enfoque individualizado y contextual. Algunos de los servicios, programas y prácticas más destacadas son:

Programas de Información, Educación y Asesoramiento. Estos programas proporcionan información objetiva sobre los riesgos y daños asociados al consumo de sustancias y sus vías de administración. Además, ofrecen orientación y asesoramiento para reducir los riesgos a través de prácticas de consumo más seguras, con especial atención a la prevención de daños asociados al uso y la mezcla de sustancias.

Este enfoque busca empoderar a las personas con conocimientos que les permitan tomar decisiones informadas y minimizar los riesgos en contextos de consumo. La práctica informativa y de asesoramiento puede ser presente en contextos o dirigido a personas que realizan prácticas de uso recreativo, o bien adaptada a aquellas que ya presentan un uso problemático se orientará a minimizar el impacto que este consumo tiene en la persona.

Programas de Reducción de Riesgos en Festivales y Eventos. En muchos lugares, se han implementado servicios de comunicación y análisis de drogas, como apoyo en eventos masivos, para ayudar a las personas a consumir de manera más segura, proporcionando información sobre las sustancias y apoyo en caso de emergencias.

Análisis de drogas. Es una práctica que consiste en proporcionar a quienes consumen drogas información sobre la composición química de las drogas que tienen consigo para ayudarles a tomar decisiones más informadas. Incluye servicios móviles y fijos a los que se pueden entregar o enviar por correo muestras, cuyo análisis se proporciona después a quienes lo han solicitado. Estos servicios ayudan a prevenir sobredosis mortales y a recopilar datos sobre las tendencias del suministro no regulado de drogas. Es una práctica que posibilita llegar a una población que difícilmente se podría contactar ofreciéndole pautas de menor riesgo en el consumo. La práctica del análisis de drogas vigente en España desde 1997 para población de uso recreativo y que hallamos a través del proyecto Energy Control (Cataluña, Madrid, Andalucía e Islas Baleares) y Ailaket (País Vasco), en la actualidad viene desarrollándose también, aunque exclusivamente en Cataluña, hacia población de consumo problemático en espacios de consumo supervisado.

Centros de Emergencia Social: Estos centros brindan acogida y atención a personas con problemas de drogodependencia y en situación de exclusión social, proporcionando servicios básicos y apoyo psicosocial adaptado a sus necesidades individuales. Su objetivo es facilitar el acceso a otros recursos asistenciales más especializados, al tiempo que priorizan la reducción de daños asociados al consumo de sustancias, como las muertes por reacciones adversas a las drogas y la prevención de infecciones como el VIH. En España, en 2021, funcionaban unos 67 centros.

Servicios Móviles de Atención. Los servicios móviles, como furgonetas y autobuses, se desplazan a zonas donde las personas con consumo problemático de drogas no suelen acceder a centros especializados. Estos vehículos pueden proporcionar apoyo médico, psicológico y social, junto con acciones clave de reducción de daños como el acceso a material higiénico de consumo inyectado o inhalado, o el acceso a tratamientos como la metadona. Estas intervenciones, conocidas como programas de proximidad o *outreach*, buscan acercar los recursos a las personas que más los necesitan, reduciendo los riesgos asociados al consumo. En 2021, en España operaron 23 unidades.

Salas de Consumo Supervisado: Espacios seguros donde las personas pueden consumir drogas bajo la supervisión de personal capacitado. Estas salas están diseñadas para reducir riesgos inmediatos asociados al consumo de sustancias, como sobredosis o complicaciones médicas, asegurando una respuesta rápida y eficaz ante emergencias. Además, se ofrece apoyo preventivo y educativo, así como la posibilidad de derivar a los usuarios a otros servicios especializados para recibir atención integral.

Existen tres modelos de salas, según el tipo de consumo:

- **Consumo inyectado:** Estas salas están equipadas para el consumo de sustancias mediante inyección, garantizando un entorno higiénico y controlado. El personal sanitario proporciona material estéril y educa a los usuarios en prácticas seguras para reducir el riesgo de infecciones y otras complicaciones.
- **Consumo inhalado:** En la actualidad, solo tres salas en España están habilitadas para este tipo de consumo, donde las personas pueden inhalar drogas en condiciones seguras y controladas. Este modelo se encuentra tanto en espacios fijos como en unidades móviles, facilitando el acceso a poblaciones vulnerables que podrían no acudir a un centro fijo.

En 2021, en España funcionaban 16 dispositivos de consumo supervisado, con 15 en Cataluña y 1 en el País Vasco, adaptándose a las necesidades de cada comunidad y proporcionando un recurso clave para la reducción de daños y la mejora de la salud pública.

- **Consumo de alcohol:** Estos espacios, conocidos como salas de consumo supervisado de alcohol, se han incorporado en algunos centros de acogida o refugios que brindan alojamiento de bajo umbral. Su objetivo es fomentar la autorregulación y un consumo responsable entre personas con problemas de alcoholismo, ofreciendo un entorno controlado. Actualmente, se conoce la existencia de dos dispositivos en Barcelona y uno en Madrid.

Los servicios de reducción de daños, dirigidos a la población de uso problemático y en situación de exclusión dispensarán a esta población de atención sanitaria y psicosocial básica.

- **Atención sanitaria básica:** Se ofrecen diversas medidas para prevenir y tratar enfermedades infecciosas entre usuarios de drogas, como la detección del VIH y la hepatitis C, y la dispensación de jeringuillas. En algunas comunidades, se han

implementado programas de detección temprana y acompañamiento a tratamiento de Hepatitis C. La atención sanitaria básica incluye la vacunación, el diagnóstico y tratamiento de la hepatitis viral, así como la prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Desde 1995, la vacunación contra la hepatitis B es universal, y se ofrece también a usuarios de drogas y colectivos en riesgo. Además, se están desarrollando programas de prevención de sobredosis y distribución de naloxona, especialmente en Cataluña, Madrid, Baleares y País Vasco.

- **Atención psico-social básica.** Por otro lado, podemos hallar ciertas **prácticas de reducción de daños** integradas no solo en los servicios específicamente dedicados a ello, sino también en muchos programas de tratamiento. En algunas comunidades españolas, estas prácticas se ofrecen incluso en farmacias y centros de atención primaria de salud. Además, en determinadas ocasiones, se implementan a través del trabajo de campo, acercándose a poblaciones excluidas que no acceden a los servicios formales. Algunos ejemplos de estas prácticas son:
- **Programas de intercambio de material higiénico y parafernalia de consumo:** Estos programas buscan prevenir la transmisión de enfermedades como el VIH y la hepatitis C entre personas que consumen drogas inyectables o por vía inhalada.
- **Dispensación de agonistas opiáceos:** Este tratamiento sustitutivo (metadona, buprenorfina...) ayuda a reducir el daño asociado con el consumo de heroína, mejorando la calidad de vida de las personas afectadas y facilitando su mejora personal. Programa que podremos hallar en centros de atención, o en farmacias
- **Prevención de sobredosis y naloxona:** Se promueve la disponibilidad de este fármaco que puede revertir rápidamente los efectos de una sobredosis de opioides, salvando vidas.

Por último, existen dos tipos de establecimientos que ofrecen **recursos habitacionales para personas sin hogar** que consumen drogas. Aun hasta la fecha muy carentes, estos son muy esenciales para ofrecer un entorno seguro y reducir los daños asociados al consumo de drogas a la vez que poder operativizar un proceso de mejora imposible de trabajar en situación de calle.

- **Centros residenciales de atención integral:** Centro de acogida para personas sin hogar con adicciones que cuenta con programas de atención social y sanitaria, incluyendo programas de reducción de daños para el consumo de sustancias, con espacios de consumo supervisado para el consumo inyectado, inhalado y de alcohol. El equipamiento cubre las necesidades básicas de alojamiento, higiene, alimentación, relación y atención sociosanitaria, además de trabajar por la reinserción social de estas personas y desarrollar acciones específicas para ser un recurso bien integrado en la comunidad del entorno. En España existe uno en la ciudad de Barcelona.
- **Housing First:** Aunque no es exclusivamente un programa de reducción de daños, el enfoque *Housing First* ofrece vivienda estable y apoyo sin requerir abstinencia, lo que ayuda a las personas en situación de calle que consumen drogas a estabilizar su vida y acceder a otros servicios de salud.

3.3. Contexto y retos actuales de la reducción de daños

3.3.1. La reducción de daños en la actual Estrategia Nacional de Adicciones

En España, según la ENA 2017 - 2024 la reducción de daños se manifiesta en varias intervenciones, ya sea de perspectiva más preventiva (reducción de riesgos) o asistencial (reducción de daños), y sus objetivos expresados en Áreas de actuación diferentes, son:

A) Área de actuación de prevención y reducción de riesgos;

Objetivos generales en los cuáles podemos observar objetivos propios de reducción de riesgos, son: **desarrollar habilidades y capacidades personales** que ayuden a reducir la vulnerabilidad ante el consumo de drogas y otras conductas adictivas, fomentando la resiliencia y el autocuidado. Además, se busca **promover conductas y hábitos de vida saludables**, incluyendo el uso responsable de las nuevas tecnologías y la promoción de alternativas de ocio sanas, que sean incompatibles con el abuso de sustancias y otras adicciones. Por último, se pretende **detectar de manera precoz y prevenir los consumos de mayor riesgo**, como el consumo de drogas por parte de menores, embarazadas o durante la conducción de vehículos, con el fin de mitigar los riesgos asociados y proteger la salud y seguridad de la población.

B) Área de actuación de reducción de daños;

El objetivo general de esta línea de actuación es **mantener y ampliar la cobertura de los programas de reducción de daños**, adaptándose a los nuevos perfiles de consumo. Para ello, se plantean una serie de objetivos específicos que incluyen: **ampliar la oferta de medicación sustitutiva de opiáceos**, mejorando el acceso en el Sistema Nacional de Salud (SNS) a otros tratamientos para personas que no han tenido éxito con la metadona; **extender los programas de prevención de sobredosis**, como la prescripción y entrega de naloxona a consumidores de opiáceos y pacientes en tratamiento con sustitutivos; y **mejorar y ampliar los programas de intercambio de jeringuillas** en el ámbito de Atención Primaria. Además, se busca **trabajar en la incorporación social de las personas excluidas con adicciones** dentro de los programas de reducción de daños, impulsar esta metodología en lugares de tráfico y consumo, y extenderla a los jóvenes y adolescentes. Finalmente, se prioriza **mantener las medidas alternativas a la prisión** para pacientes con problemas de adicción, promoviendo así un enfoque de salud pública y reintegración social frente a la criminalización.

Por otra parte, hallamos también otros cuatro objetivos generales como son: (1) **mejorar y ampliar el diagnóstico precoz de infecciones transmisibles** como el VIH y el VHC, asegurando el acceso al tratamiento para los usuarios de drogas, a la vez que (2) **se integra la metodología de reducción de daños de manera transversal en las redes asistenciales**. Además, (3) **se busca mejorar la coordinación con la Atención Primaria de Salud y Salud Mental** para la detección temprana de trastornos mentales e intervención adecuada. Asimismo, (4) **se pretende incluir el modelo de reducción de daños en el tratamiento de otras conductas adictivas**, especialmente aquellas en las que la evitación total no es viable, como en las adicciones relacionadas con las TICs.

3.3.2. Análisis de datos: Consumo de Drogas y Problemáticas Asociadas

Con el fin de conocer la caracterización de realidad de consumo y las necesidades en los abordajes de reducción de riesgos y daños, el **Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones** (OEDA) recopila, analiza y difunde datos sobre el consumo de drogas y sus efectos en la población de España. Para describir la realidad del consumo y su problemática, utiliza una serie de encuestas y sistemas de información, entre los que destacan:

- 1. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES):** Esta es una de las encuestas más relevantes. Se realiza cada dos años en población general de entre 15 y 64 años y recoge información sobre la prevalencia del consumo de diferentes sustancias (como alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, etc.); los patrones de consumo, y la percepción de riesgo y accesibilidad de las drogas.
- 2. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES):** Realizada cada dos años, esta encuesta se enfoca en estudiantes de entre 14 y 18 años. Investiga el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, incluyendo alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas, así como el uso de nuevas tecnologías y comportamientos de riesgo asociados.
- 3. Sistema Indicador de Tratamiento (SIT):** Este sistema recoge datos sobre las personas que reciben tratamiento por abuso o dependencia de drogas en los centros de atención a las adicciones. Ofrece información sobre las características de los usuarios, los tipos de tratamiento que reciben, y las tendencias en la demanda de servicios.
- 4. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT):** Este sistema permite detectar y monitorizar la aparición de nuevas sustancias psicoactivas y otros fenómenos relacionados con el consumo de drogas. Proporciona alertas sobre riesgos emergentes y ayuda a diseñar respuestas rápidas a nuevos retos en el ámbito de las drogas.
- 5. Registros de mortalidad por consumo de drogas y causas asociadas:** A través de estos registros se recopilan datos sobre las muertes relacionadas con el consumo de drogas, incluyendo sobredosis, enfermedades infecciosas vinculadas al consumo de drogas inyectables y otras causas directas e indirectas.
- 6. Informe Europeo sobre Drogas:** El OEDA colabora con la Agencia Europea de Drogas (EUDA) en la elaboración de informes que ofrecen una visión comparada del consumo de drogas en los diferentes países europeos, incluyendo España.

Las **encuestas poblacionales (EDADES – ESTUDES)**, nos permiten por una parte reconocer el vasto alcance de consumo en la población española. La abstinencia absoluta de drogas es una rareza estadística. Muestra de ello sería el hecho de que, la población de 15 a 64 años, ha consumido alguna vez en la vida alcohol un 93.2%; en el caso del tabaco, el porcentaje es del 69.6%; el 23.5% en el caso de los hipnosedantes (con o sin receta). Para el cannabis el 40.9%, y para la cocaína un 12% (OEAD, informe 2023).

En las encuestas poblacionales del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), existen varios indicadores utilizados para medir el consumo de riesgo o problemático de sustancias. Algunos de los principales indicadores incluyen:

1. Consumo diario o casi diario: Este indicador mide la frecuencia del consumo de sustancias, como tabaco, alcohol y cannabis. Un consumo diario o casi diario sugiere un patrón de uso que podría estar asociado con mayor riesgo de dependencia y problemas de salud. Según prevalencia de consumo diario por diferentes sustancias, diferenciados entre hombres y mujeres, observamos que:
 - Tabaco: El consumo diario es más prevalente entre los hombres (25,4%) en comparación con las mujeres (18,8%).
 - Alcohol: Un 7,3% de los hombres y un 3,5% de las mujeres consumen alcohol diariamente.
 - Cannabis: El consumo diario de cannabis sigue siendo más elevado entre los hombres (2,1%) que entre las mujeres (0,7%).
2. Consumo intensivo o *binge drinking*: En el caso del alcohol, este indicador se refiere al consumo de 5 o más unidades de alcohol en una sola ocasión para los hombres, o 4 o más para las mujeres. Este patrón de consumo es considerado de alto riesgo ya que se asocia con accidentes, violencia y problemas de salud. El *binge drinking* en los últimos 30 días según datos de 2022 en población de 15 a 64 años es del 15,4% (20,3% para hombre y 10,4% para mujeres). Siendo siempre está práctica más prevalente en las edades comprendidas de los 15 a 29 años. En 2021, alrededor del 22,2% de los estudiantes reportó haber consumido 5 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión en los últimos 30 días.
3. Policonsumo: Este indicador analiza el consumo simultáneo de varias sustancias (alcohol, cannabis, cocaína, etc.). El policonsumo es un factor de riesgo significativo, ya que está vinculado a mayores problemas de salud y sociales y en España continúa siendo un fenómeno relevante, especialmente entre jóvenes y adultos jóvenes. Este patrón de consumo, que implica el uso simultáneo de varias sustancias como alcohol, tabaco y cannabis es el más común, pero éste puede hacerse partícipe de otras sustancias ilegales.
4. Consumo a edades tempranas: El inicio del consumo de sustancias en la adolescencia es un indicador importante de riesgo, ya que cuanto más joven es la persona al comenzar a consumir, mayor es el riesgo de desarrollar dependencia. En el caso del alcohol, hemos mostrado ya los datos de consumo y consumo intensivo en jóvenes de 14 a 18. Respecto al caso del cannabis aproximadamente el 16,5% de los estudiantes había consumido cannabis en los últimos 30 días.
5. Problemas asociados al consumo: Este indicador recoge la presencia de problemas en la vida diaria relacionados con el consumo, como dificultades en el trabajo o los estudios, problemas legales, accidentes o conflictos familiares. Como ejemplo de incidencia de repercusiones negativas en la vida cotidiana observamos que un 15% de los encuestados reportaron dificultades en el trabajo o estudios, mientras que un 8,2% experimentaron problemas legales relacionados

con su consumo. Además, el 5,6% de los consumidores estuvo involucrado en accidentes, y el 12,4% mencionó que el consumo de drogas provocó conflictos familiares graves (EDADES 2022).

6. Estimación del consumo problemático/de riesgo de sustancias: se identifican patrones de uso problemático o de riesgo a través de escalas. A partir de la encuesta EDADES 2022 hallamos como ejemplo:
 - En el caso del **alcohol**, a través de escalas como la AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), un 8,3% de la población presenta uso problemático (9.2% en el caso de hombres y el 7.2% en mujeres. Es importante señalar que, entre los más jóvenes en que es más presente el consumo riesgoso, la prevalencia de consumo de alcohol de riesgo es mayor entre las mujeres que entre los hombres (17,3% mujeres y 12,5% hombres) y a medida que aumenta la edad, se marcan más diferencias entre sexos, siendo mucho menor este tipo de consumo entre las mujeres.
 - Respecto al **cannabis**, comparativamente desde 2013 a 2020 el consumo problemático/riesgoso ha pasado del 2,2% a un 1,9% en población de 15 a 64 años (3,0 en hombres; 0,8 mujeres).
 - Para el caso de la **cocaína**, se aplica una medida, aun de baja evidencia se extrae de EMCDDA (2013), consistente en la estimación de población que han consumido cocaína 30 o más días en el último año. La encuesta EDADES 2022 nos informa de que el 12,0% de la población española de 15 a 64 años consumió cocaína —polvo y/o base— alguna vez en la vida, el 2,4% en el último año y el 1,4% en el último mes. Ello permite estimar que, en España, un 0,33% de la población de 15 a 64 años presenta uso problemático de cocaína, el 14,6% de los consumidores de cocaína del último año.

Es importante tomar en cuenta que estas encuestas poblacionales presentan limitaciones a la hora de incluir a las poblaciones más vulnerables, especialmente poblaciones excluidas que son las que muy a menudo vamos a encontrar en contacto con programas y servicios de reducción de daños y con problemáticas adictivas.

Respecto a los datos de **población en tratamiento** (SIT). De entrada, debemos advertir que el OEAD no cuenta con recopilación de datos de actividad y perfiles de población atendida en ámbitos de actuación propios de la reducción de riesgos y daños. Para ello debemos acudir a estudios específicos o a datos recopilados por algún Observatorio territorial o entidades de intervención en este ámbito. Los valores de tratamiento nos hablan de poblaciones que acuden con objetivos mayoritariamente de abstinencia o para programas sustitutivos de metadona.

El tratamiento de adicciones en España vinculado a personas con uso problemático o adictivo (OEAD, 2023) ha experimentado cambios significativos a lo largo del tiempo. A principios de la década de 2000, la heroína era la principal sustancia que generaba demandas de tratamiento. Sin embargo, a partir de 2004, las admisiones por heroína comenzaron a disminuir, mientras que las admisiones por cocaína aumentaron,

alcanzando su punto máximo en 2008. El cannabis también ganó relevancia, con un aumento constante de admisiones que alcanzó su máximo en 2013. Aun así, es importante no obviar que cerca del 50% de los inicios de tratamiento son motivados por el alcohol. A la luz de dichos datos, sería obvio preguntarse por el desarrollo actual de la reducción de daños al respecto de consumos que hoy están vinculados a mayor demanda de tratamiento: Alcohol, cocaína y cannabis.

Son estas tres sustancias, junto los hipnosedantes, las sustancias que más problemática de **urgencias hospitalarias** comportan. Se trata de episodios de atención que van en incremento a lo largo de los años, a la vez que es cada vez más común la necesidad de hospitalización (2023 OEDA). La proporción de mujeres ha venido mostrando cierta tendencia ascendente en especial por urgencias en alcohol e hipnosedantes.

Respecto al **indicador de mortalidad** relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas, aun éste haya decrecido y se haya estabilizado respecto los años 80 y 90 por el descenso del consumo inyectivo de heroína, los opioides continúan siendo una de las principales causas de muerte por sobredosis, aunque especialmente viene registrándose mortalidad asociada al consumo de hipnosedantes (85%) y alcohol (35,5% en hombre y 42% en mujeres). En particular, el alcohol contribuye significativamente a la mortalidad indirecta, vinculada a enfermedades hepáticas y accidentes, mientras que los hipnosedantes, aunque en menor proporción, están implicados en muertes relacionadas con sobredosis y complicaciones cardíacas. Este panorama subraya la importancia de seguir fortaleciendo los programas de prevención y atención temprana, así como mejorar la integración de servicios de salud que aborden tanto el consumo de sustancias como sus consecuencias a largo plazo.

Por último, la rápida aparición de **nuevas sustancias psicoactivas (NSP)** y la diversidad de productos disponibles han supuesto un reto importante en la tarea de mantener y reforzar el conocimiento de la situación de nuevos consumos y amenazas sanitarias. El EMCCDA en su Informe Europeo sobre Drogas 2022 informaba de unas 880 NSP monitorizadas en Europa. Aunque el flujo de nuevas sustancias ha disminuido en los últimos años, seguimos enfrentándonos a un desafío de gran envergadura, ya que cada vez surgen más compuestos y estos resultan ser más peligrosos. Un ejemplo de esta amenaza es la aparición de catinonas, cannabinoides y opioides sintéticos, sustancias que, hasta el momento, han tenido una presencia limitada en España, pero cuyo impacto podría ser inevitable si no se toman medidas preventivas.

Aun no siendo siempre NPS, un mercado cambiante en productos y patrones de consumo hace preciso realizar vigilancia sobre las tendencias y el avance de ciertos consumos a través de análisis específicos en poblaciones y contextos de consumo. Ejemplo de ello es la irrupción de consumo de **metanfetamina** en los últimos años, un mercado pequeño, pero en constante crecimiento y detectable en grandes ciudades españolas (PNSD 2022)

3.3.3. Retos de la Reducción de daños en España

Hoy en día, la Reducción de Daños (RDD) en España enfrenta varios desafíos que limitan su expansión y efectividad en la atención a personas que consumen drogas. Algunos de los principales retos son:

Resistencia política y social a una atención integrada a las personas usuarias de drogas: desafíos y la necesaria respuesta institucional

Uno de los principales obstáculos que enfrentan las personas usuarias de drogas es la resistencia política y social que se manifiesta en su acceso a los recursos de atención y apoyo. A menudo, el hecho de ser consumidora de drogas se convierte en un factor de exclusión que inhabilita a estas personas para acceder a servicios esenciales. Este estigma estructural, presente en diversas áreas del sistema de bienestar y salud, refleja una discriminación arraigada que impide a las personas usuarias disfrutar plenamente de sus derechos y acceder a los recursos necesarios para mejorar su calidad de vida.

Como lo señala un profesional del ámbito, *“el hecho de que una persona sea consumidora de drogas parece un poco que la inhabilita para acceder a según qué recursos”*. Un claro ejemplo de esta exclusión es la dificultad que enfrentan las mujeres que han sufrido violencia de género y se encuentran en consumo activo, ya que *“hay pocos recursos que atiendan a mujeres que hayan sufrido violencia de género si están en consumo de drogas”*. Esta exclusión también se extiende a las personas con trastornos psiquiátricos, quienes suelen ser desatendidas bajo la premisa errónea de que su patología mental está exclusivamente relacionada con el consumo de drogas: *“Parece un poco que, si eres consumidora de drogas, tu patología psiquiátrica viene a partir de eso y, por lo tanto, no se te atiende. Se te deja ahí en una camilla, estás un día como mucho, que se te pasa el efecto de lo que hayas tomado, y ya está, luego fuera”*.

Este patrón de desatención se repite con otros colectivos vulnerables. Por ejemplo, en comunidades como Castilla-La Mancha, *“las personas mayores no pueden acceder a residencias si están en consumo. Si los pillan bebiendo, les echan”*, lo que refleja una exclusión sistemática en múltiples áreas de atención. Del mismo modo, en albergues y centros de acogida, el consumo de drogas o alcohol es motivo de expulsión inmediata: *“Si te pillan que has bebido o algo, te echan”*. Este enfoque punitivo y discriminatorio perpetúa la marginalización de personas que ya se encuentran en situaciones de vulnerabilidad extrema, impidiendo un abordaje integral de sus necesidades.

Ante esta situación, es fundamental que las administraciones tomen mayor responsabilidad en la implementación de políticas de reducción de daños basadas en la salud pública y el respeto a los derechos humanos. Como enfatiza un profesional, *“creo que debería pasar que las drogas no sean algo que te impida acceder a todos los recursos que puedas tener”*. La exclusión basada en el consumo no solo infringe los derechos de las personas usuarias, sino que también limita la efectividad de los servicios de atención que, en teoría, deberían estar destinados a proteger su salud y bienestar.

Por tanto, la red de reducción de daños debe fortalecerse para poder dar respuesta a la creciente complejidad social que enfrentan muchas personas usuarias. Como se

menciona, *“la red de reducción de daños no tiene respuesta para tanta complejidad social que puede estar en crecimiento y aumento”*. Si no se toman medidas proactivas y decididas, las brechas en la atención seguirán ampliándose, afectando desproporcionadamente a los grupos más vulnerables, como las mujeres en situación de violencia, las personas con patologías psiquiátricas y las personas mayores.

La atención a las personas usuarias de drogas no puede estar condicionada por el estigma ni el juicio moral. La reducción de daños debe ser reconocida como una estrategia imprescindible, y para ello es crucial que las políticas públicas aseguren la integración de estos servicios en el sistema de salud, con una financiación adecuada y un enfoque centrado en los derechos humanos.

Financiación y sostenibilidad de los programas de reducción de daños

La financiación es un desafío central para la sostenibilidad de los programas de reducción de daños (RDD). La falta de recursos adecuados, así como la dependencia de la financiación pública, ponen en riesgo la continuidad y la expansión de estos servicios. Este tipo de programas suele estar sujeto a los recortes presupuestarios y a los cambios en las prioridades políticas, lo que afecta directamente su estabilidad a largo plazo. Para garantizar su sostenibilidad, es fundamental un compromiso financiero constante tanto por parte del gobierno central como de las comunidades autónomas.

“Hablando desde Madrid, donde el sistema sanitario está cada vez más desmantelado, es evidente que la falta de financiación y sostenibilidad afecta gravemente a los programas de RDD.” Aunque algunas iniciativas reciben fondos del Plan Nacional sobre Drogas o del IRPF, muchas otras dependen de las comunidades autónomas. Esto introduce un factor ideológico en la financiación, ya que los recursos disponibles varían en función de las políticas locales. Esta disparidad puede tener un impacto especialmente grave en zonas urbanas, donde el consumo de drogas es más visible. En algunas partes de España, por ejemplo, *“se está generando una asociación entre el consumo visible en espacios públicos y la inmigración, lo que refuerza discursos racistas”*.

El viraje ideológico de las administraciones locales también dificulta la sostenibilidad de los programas de RDD. *“Un problema que observo es el constante intercambio de ideologías políticas en las comunidades autónomas, lo que afecta a la financiación y continuidad de los servicios de reducción de daños”*. La falta de estabilidad en las políticas públicas y la alternancia de enfoques políticos crean incertidumbre en torno a los recursos disponibles, lo que a menudo pone en peligro la efectividad y expansión de estos servicios esenciales.

Para enfrentar este desafío, es vital que, a nivel de gobierno central, como autonómicos se comprometan a financiar de manera estable y equitativa los programas de reducción de daños, asegurando que no estén sujetos a decisiones políticas temporales o ideológicas. Solo con un marco financiero sólido y coherente será posible garantizar el acceso universal y la efectividad de estos programas en el largo plazo.

Desigualdad territorial en la reducción de daños

A pesar de los avances significativos en la implementación de programas de reducción de daños en España, persiste una desigual distribución de recursos entre las comunidades

autónomas. Mientras que algunas regiones han desarrollado programas robustos y tienen un mayor acceso a servicios, otras enfrentan resistencias o carecen de los recursos necesarios. Esta disparidad crea brechas importantes en el acceso a servicios críticos como las salas de consumo supervisado o los programas de prevención de sobredosis con acceso a naloxona para la población consumidora.

"La diferencia de oportunidades que tienen las personas según el lugar donde vivan es abrumadora, y esto se refleja especialmente entre Barcelona y otras ciudades, pero también entre áreas urbanas y rurales". Esta brecha territorial es profunda y se ha mantenido a lo largo del tiempo. En muchas regiones, ciertos tipos de servicios o programas están completamente ausentes o solo existen de forma testimonial, lo que limita gravemente el acceso a medidas de reducción de daños adecuadas.

"Los años pasan y seguimos teniendo el mismo número y tipo de servicios en el territorio español". A menudo, estos servicios han sido diseñados para responder al consumo de heroína y drogas inyectadas, lo que refleja una realidad de hace décadas. Sin embargo, 30 años después, las necesidades actuales de la reducción de daños han evolucionado, y no pueden entenderse exclusivamente en términos de consumo de opiáceos y drogas inyectadas. Es necesario que los servicios se actualicen y adapten a las realidades cambiantes del consumo de sustancias en cada región.

Reducción de daños frente a cualquier sustancia

Es fundamental superar una visión heroínocéntrica de la reducción de daños. Aunque en algunos territorios se han implementado avances en el abordaje del consumo de estimulantes y el uso inhalado de drogas, la mayoría de las intervenciones continúan centradas en el consumo parenteral y de heroína, lo cual fue el origen de la reducción de daños (RDD). Sin embargo, es urgente ampliar esta perspectiva y atender no sólo el consumo de psicoestimulantes y sustancias inhaladas, sino también el uso problemático de cualquier sustancia, comenzando por el alcohol y el creciente abuso de benzodiazepinas.

Un enfoque integral de reducción de daños debe adaptarse a las distintas sustancias y vías de administración. *"Seguimos viendo informes que, cuando hablan de reducción de daños, se limitan a mencionar la distribución de jeringuillas"* —esto refleja una visión limitada que no abarca la complejidad del consumo actual de drogas en diversas formas y contextos.

Los objetivos de abstinencia no deben reemplazar la necesidad de enfoques preventivos que incluyan la gestión de riesgos y la reducción de daños para cualquier tipo de consumo. Esto es especialmente relevante desde una perspectiva preventiva universal, como en el caso del alcohol, ya que la mayoría de la población inicia su consumo antes de la mayoría de edad. En este sentido, es necesario tener en cuenta patrones de consumo intensivo, como el *binge drinking*, que afecta de manera significativa a los jóvenes.

Además de adoptar un enfoque múltiple que tenga en cuenta las características de cada sustancia y los contextos de consumo, es crucial integrar una perspectiva que no solo busque reducir el tránsito del uso experimental o esporádico hacia patrones de mayor riesgo, sino también prevenir y mitigar las consecuencias negativas de todo tipo. Esto implica intervenir de manera temprana para evitar daños a nivel físico, psicológico y social,

y abordar los riesgos asociados al consumo —como la exclusión social, los problemas legales, o los impactos en la salud mental—, permitiendo así una respuesta más integral y efectiva a las realidades diversas de los usuarios.

Atención a grupos específicos

Existe una creciente necesidad de adaptar los servicios y programas de reducción de daños para atender a grupos específicos que presentan necesidades particulares, como mujeres, personas sin hogar, migrantes y aquellos que enfrentan múltiples formas de vulnerabilidad. Estos colectivos suelen encontrar barreras adicionales para acceder a los servicios tradicionales de reducción de daños, lo que agrava su situación.

"No podemos dejar de lado las desigualdades que también operan en este ámbito, como las de género, diversidad y clase social, que siguen marcando profundas diferencias en el acceso y la efectividad de los servicios" . Estas desigualdades añaden una capa de complejidad al abordaje, dificultando la implementación de programas de reducción de daños adecuados. "La pelota se hace cada vez más grande, y con ella las dificultades para trabajar en este ámbito" . Es evidente que la reducción de daños se está volviendo cada vez más compleja, especialmente cuando no existen los recursos suficientes para atender la realidad de estos grupos vulnerables.

A pesar de los avances significativos en la incorporación de la **perspectiva de género** en el ámbito del uso de sustancias en España —especialmente en investigación y formación—, su aplicación en el ámbito asistencial, y en particular en la reducción de daños, sigue siendo limitada. La intersección entre género, vulnerabilidad y pobreza es una constante en este contexto. Iniciativas como *Metzineres* o el *CRI Galena* de ABD, que se enfocan en la atención a mujeres en situaciones de alta vulnerabilidad, representan un paso adelante. No obstante, el enfoque de género en la reducción de daños aún enfrenta desafíos significativos. Su consolidación y expansión a nivel nacional es crucial para lograr una verdadera integración en todos los servicios asistenciales relacionados con el consumo de sustancias.

Otro aspecto clave es la atención a la **población migrante**. En los últimos años, España ha experimentado un notable incremento de personas migrantes, que representan alrededor del 15% de la población total. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2022 más de 7,5 millones de personas extranjeras residían en el país, principalmente de América Latina, África y Europa del Este. Sin embargo, los servicios de tratamiento de adicciones no han sido suficientes en la incorporación de competencias culturales, lo que dificulta el acceso de esta población a dichos recursos. Como resultado, muchos migrantes en situación de adicción, vulnerabilidad y pobreza acuden a los servicios de reducción de daños como su primer punto de contacto, enfrentando barreras adicionales en su proceso de integración y acceso a una atención más integral.

"En España, hoy en día, se está desmantelando la ayuda humanitaria" —comenta una experta— "Quien llega, lo hace bajo la solicitud de asilo y refugio, o no se cubren sus necesidades básicas. Esto tiene un fuerte contenido político, que refleja cómo se están construyendo barreras y muros contra la población migrante. Los servicios de reducción de daños tendrán que acoger a personas que no tienen casi alternativas."

Un fenómeno paralelo ocurre con el aumento del **sinhogarismo**, que ha crecido de forma preocupante en España en los últimos años. Según la Fundación FOESSA (2021), más de 40.000 personas vivían en situación de sinhogarismo en 2022, una cifra que ha aumentado debido a la crisis económica, la falta de acceso a vivienda asequible y la precarización laboral. Este incremento es especialmente preocupante entre personas migrantes y jóvenes, quienes enfrentan barreras adicionales para acceder a servicios sociales y de salud. En este contexto, los servicios de reducción de daños se convierten en un recurso fundamental para personas en extrema vulnerabilidad, aunque la falta de un abordaje integral y adaptado agrava las dificultades para acceder a tratamientos y servicios de rehabilitación adecuados.

El sinhogarismo está estrechamente vinculado con tasas más altas de consumo de drogas, ya que el estrés, el trauma y la falta de estabilidad provocados por no tener un hogar seguro llevan a muchas personas a usar sustancias como un mecanismo de escape. En este sentido, los servicios de reducción de daños deben ajustarse a esta realidad y ofrecer respuestas adaptadas a las necesidades de esta población.

Por último, es necesario considerar la realidad del **colectivo LGTBIQ+**, especialmente en relación con el fenómeno del *chemsex*, que surgió en España en 2013. Este fenómeno, que combina el uso de sustancias con prácticas sexuales, pone de manifiesto una intersección entre el consumo de drogas y la opresión heteronormativa. Aquí, las sustancias y las vías de administración asociadas son ya conocidas en los enfoques de reducción de daños, pero aún se requiere una mayor atención a las competencias específicas para abordar de forma efectiva esta realidad particular.

Estigma y barreras sociales

A pesar de los avances logrados en la reducción de daños, el estigma hacia las personas que consumen drogas sigue siendo una barrera significativa, tanto en la sociedad como dentro del ámbito sanitario. Este estigma no solo impide la integración de estas personas en la comunidad, sino que también dificulta su acceso a los servicios de salud, ya que muchas prefieren evitar los sistemas de atención por temor a ser discriminadas o maltratadas.

"El estigma es algo que siempre hay que mencionar, porque ignorarlo es obviar la realidad social que enfrentan las personas que consumen drogas, no solo en Barcelona, sino en todas las comunidades autónomas" . Además, es importante recordar que, sin financiación adecuada, estos problemas no se pueden abordar correctamente, ya que los recursos son fundamentales para mejorar los servicios de reducción de daños y combatir el estigma.

El rechazo hacia las personas que consumen drogas también se manifiesta en acciones directas de discriminación. *"En mi entidad, nos hacen pintadas ofensivas hacia nuestras personas usuarias, y ni siquiera nos dedicamos a la reducción de daños, sino al tratamiento. Si nos dedicáramos a la reducción de daños, creo que la situación sería aún peor"* . Este tipo de hostilidad refleja la necesidad de un avance significativo en la concienciación y la sensibilización social respecto al consumo de drogas y la reducción de daños.

El desconocimiento de la comunidad sobre lo que realmente implican los centros de reducción de daños es otro obstáculo. *"Cuando se intenta abrir un centro de reducción de daños, este desconocimiento afecta negativamente, lo que hace muy complicado establecer nuevos centros. Esto genera una sobrecarga en los pocos centros existentes, limitando aún más el acceso de las personas a estos servicios"*. La falta de entendimiento sobre los beneficios de estos centros perpetúa la resistencia a su apertura, lo que, a su vez, refuerza la marginalización de las personas que consumen drogas.

Además de la resistencia social, existen barreras dentro del propio sistema sanitario. *"A menudo, cuando intentamos derivar a un nuevo usuario a un Centro de Tratamiento, nos encontramos con largas listas de espera"*. Esto no solo limita el acceso a estos centros, sino también a otros centros de salud que, en muchos casos, no comprenden plenamente lo que implica la reducción de daños. *"Hay una falta de entendimiento sobre que no trabajamos exclusivamente en la desintoxicación, lo que genera barreras adicionales"*.

Finalmente, muchas de estas personas enfrentan una doble estigmatización: *"La primera proviene del consumo de drogas, algo que es universal en cuanto se tiene noticia de ello, y la segunda está vinculada a la pobreza"*. Esta doble estigmatización hace aún más difícil que las personas afectadas encuentren los apoyos y servicios que necesitan, perpetuando su exclusión social y aumentando los riesgos asociados al consumo de drogas.

Nuevas sustancias y patrones de consumo

El surgimiento de NSPs y cambios en los patrones de consumo, como el aumento del consumo de base libre de cocaína o de la metanfetamina, representan un reto significativo para la reducción de daños. Los programas deben adaptarse rápidamente a estas realidades para seguir siendo efectivos en la protección de la salud.

La realidad del consumo de opiáceos, aunque haya disminuido significativamente debido al estigma heredado de los años 80, sigue estando condicionada por un mercado de baja pureza. Esta baja calidad impulsa, además, una preferencia hacia el consumo de estimulantes, así como un aumento en el uso inyectado de metadona y el consumo creciente de benzodiazepinas. En este contexto, la amenaza de entrada de opiáceos sintéticos, especialmente los nitazenos, representa un riesgo elevado. Mientras tanto, España nunca desarrolló programas de diacetilmorfina farmacéutica, como sí lo hicieron otros países europeos.

En el caso específico de la metanfetamina, aun no se trate de una NPS, se ha observado su aparición en contextos urbanos como Barcelona, donde personas usuarias reportan tanto efectos positivos (disminución del cansancio y el dolor) como negativos (hiperalerta y ansiedad). Este consumo involucra a poblaciones diversas, incluyendo jóvenes menores de 35 años, mujeres, colectivos LGTBIQ+ y personas en situación de sinhogarismo, en ocasiones vinculadas al trabajo sexual y las prácticas de *chemsex*. Además, ha habido casos detectados de consumo inyectado, lo que agrava los riesgos asociados.

Por otro lado, la rápida aparición de NPS continúa siendo una amenaza. Según el Informe Europeo sobre Drogas 2022 del EMCDDA, se monitorizan más de 880 NSP en Europa. Aunque el flujo de nuevas sustancias ha disminuido en los últimos años, estas son cada vez más peligrosas, como las catinonas, cannabinoides y opioides sintéticos. Aunque su

presencia en España aún es limitada, es crucial tomar medidas preventivas para mitigar su impacto.

El cambio acelerado del mercado de drogas exige un monitoreo constante de las tendencias de consumo y un análisis específico en poblaciones vulnerables, con el fin de anticipar riesgos y ajustar las estrategias de reducción de daños de manera eficaz.

3.4. El camino a seguir: Avanzar en la reducción de daños

El fenómeno de las drogas es cada vez más cambiante y complejo, lo que plantea desafíos globales significativos. Actualmente, enfrentamos una mayor disponibilidad de tipos y cantidades de drogas, con un mercado que continúa expandiéndose y diversificándose. Además, la irrupción de sustancias emergentes, muchas de ellas más potentes y riesgosas, lo que aumenta significativamente los peligros para la salud pública.

Las líneas entre sustancias lícitas e ilícitas, así como entre drogas sintéticas y de origen vegetal, se están difuminando, lo que complica los esfuerzos de control y prevención. También se observan cambios en los patrones de consumo y en las vías de administración, lo que aumenta el riesgo de adicciones y complicaciones de salud. Este fenómeno no discrimina, ya que el consumo de drogas está en aumento y toda la población puede verse afectada, ya sea de manera directa o indirecta.

Con el incremento en el uso de sustancias y la disponibilidad de drogas más peligrosas, la probabilidad de que las personas enfrenten problemas de adicción o trastornos de comportamiento está en constante crecimiento. Estos retos subrayan la necesidad de estrategias globales más integradas y adaptativas para abordar el cambiante panorama de las drogas en la sociedad actual, y donde la reducción de daños tiene un papel fundamental.

En el contexto español, el desarrollo de políticas de drogas inclusivas y basadas en la reducción de daños es crucial para enfrentar los desafíos del consumo de drogas. Estas políticas deben priorizar la salud pública y los derechos humanos, ofrecer alternativas al enfoque prohibicionista, y ser capaces de adaptarse a las diversas realidades sociales y culturales del país. La reducción de daños, como parte integral de estas políticas, juega un papel esencial en la minimización de los efectos negativos del consumo de drogas y en la protección de las personas más vulnerables.

Incrementar el conocimiento y apoyo a la reducción de daños

A pesar de los avances en la implementación de servicios de reducción de daños, persiste un notable desconocimiento y desinformación sobre su importancia y beneficios. Este desconocimiento no solo se encuentra en la sociedad general, sino también entre profesionales de la salud que trabajan en programas más conservadores de adicciones, lo que limita la integración y expansión de estos enfoques. A nivel local, ciudades como Barcelona, a través de redes como la UNAD, podrían desempeñar un papel fundamental para proporcionar apoyo e información, mostrando los beneficios que ya se han comprobado en sus propias experiencias.

El esfuerzo que realizan los programas de reducción de daños es enorme, especialmente cuando operan con recursos financieros limitados. A menudo, estos programas deben luchar constantemente por su supervivencia, lo que les impide avanzar con la agilidad necesaria.

- 1. El papel clave de la formación y la pedagogía:** La falta de formación en reducción de daños, tanto para los profesionales que ya trabajan en el ámbito de las adicciones como para los que prestan servicios sanitarios en general, es una barrera importante. Es fundamental que los profesionales entiendan no solo el impacto positivo de la reducción de daños en las personas usuarias, sino también el valor que aporta al conjunto del sistema sanitario y a la sociedad. Implementar formación específica y continua permitiría a los equipos de salud integrar estos enfoques de forma más efectiva y desarrollar una respuesta más adaptada a las necesidades de las personas usuarias.
- 2. Un enfoque con aval científico y necesario:** Es importante recordar que la reducción de daños no es solo una estrategia útil; está avalada científicamente como uno de los enfoques más efectivos. Sin embargo, en España sigue existiendo una percepción de que se trata de una posición marginal o activista. Es necesario romper con esta visión y entender que la reducción de daños es una herramienta imprescindible que debe ser parte central de la atención en salud pública, en lugar de ser vista como un recurso de última instancia.
- 3. Integración en el sistema sanitario:** Para que la reducción de daños alcance su pleno potencial, debe integrarse completamente en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Esto implica no solo formar a los profesionales de salud sobre su importancia, sino también mejorar la coordinación entre los diferentes niveles de atención, desde la atención primaria hasta la salud mental. La reducción de daños debe dejar de ser una opción aislada para convertirse en una parte integral de la red sanitaria, asegurando que quienes más lo necesitan reciban una atención adecuada y sin prejuicios.

Ampliar la reducción de daños para todas las personas y colectivos

La RDD en España ha evolucionado en los últimos años, pero todavía persisten desigualdades que limitan el acceso y la efectividad de los servicios para diversos colectivos. La mayoría de los enfoques actuales se centran casi exclusivamente en los daños sanitarios, como la prevención de sobredosis o la transmisión de enfermedades. Sin embargo, este enfoque no reconoce ni aborda las barreras estructurales, el estigma y la marginalización que enfrentan muchas personas usuarias de drogas.

Es fundamental adoptar un **enfoque de justicia social**, que no solo se centre en los problemas de salud asociados al consumo, sino que también reconozca las múltiples capas de opresión que enfrentan las personas en función de su género, orientación sexual, edad, situación socioeconómica o migratoria. Este enfoque propone **restituir a las personas usuarias de drogas como sujetos de pleno derecho**, más allá de su rol como "usuarios de servicios", reconociendo tanto la pérdida de sus derechos fundamentales como su capacidad de recuperación y lucha. Como señaló un profesional experto en el ámbito, *“la reducción de daños debe ser mucho más que una intervención sanitaria; debe*

ser una herramienta de justicia social que permita a las personas restablecer sus derechos y dignidad”.

Al operar desde una **mirada interseccional**, se hace evidente que la fragilidad social no proviene únicamente del consumo de sustancias, sino de la confluencia de diferentes ejes de desigualdad. Esto requiere situar a la persona en el centro de las políticas y programas de RDD, permitiendo que cada intervención sea sensible a las particularidades de sus circunstancias, como el género, la orientación sexual, el origen étnico o su condición socioeconómica. Este enfoque holístico reconoce que **las necesidades y desafíos de las personas usuarias de drogas varían** según estas intersecciones y que, por tanto, es esencial adaptar los servicios para abordar dichas diferencias.

Adoptar este enfoque tiene profundas implicaciones para la política pública, dado que **las personas más marginadas** por el sistema actual, como las mujeres, las personas migrantes, las personas LGTBQ+, o las personas sin hogar, enfrentan múltiples barreras para acceder a los servicios de salud y de apoyo social. Esto genera un ciclo de exclusión que perpetúa los riesgos asociados al consumo de drogas, como el acceso limitado a materiales estériles, la falta de tratamientos adecuados o la incapacidad para intervenir en casos de emergencia, agravando la vulnerabilidad de estas personas.

Propuestas para ampliar y adaptar los programas de Reducción de Daños a la diversidad social

- 1. Sensibilidad de género en los programas de reducción de daños:** Es urgente que los servicios de RDD se adapten a las necesidades de las mujeres, quienes enfrentan no solo un estigma social mayor, sino también niveles alarmantes de violencia en sus relaciones afectivas y en el acceso a servicios básicos. *“Las mujeres usuarias de drogas sufren tasas de violencia hasta 24 veces mayores que aquellas que no consumen.”* Los programas deben estar integrados con servicios de violencia de género y salud sexual y reproductiva, ofreciendo una respuesta que atienda las diferentes dimensiones de opresión que afectan a las mujeres.

Como mencionó una profesional de la salud pública, *“No podemos seguir tratando a las mujeres que consumen drogas únicamente desde un prisma de salud, sin tener en cuenta que enfrentan múltiples formas de violencia y opresión que deben abordarse de manera integral”.*

- 2. Inclusión del colectivo LGTBQ+:** Las personas LGTBQ+ que consumen drogas enfrentan exclusión adicional debido a la falta de formación en competencias de género y transculturales dentro de los equipos de RDD. Proponemos adaptar los programas para ser más inclusivos, respetando las identidades de género y orientaciones sexuales diversas. *“La invisibilidad del colectivo LGTBQ+ en los programas de reducción de daños es un reflejo de la falta de formación y sensibilidad que aún existe en muchos servicios”*, expresó un activista del colectivo. Esto es clave para garantizar que estos colectivos puedan acceder a servicios sin temor a discriminación o invisibilización.
- 3. Atención específica para personas migrantes:** Las barreras culturales e institucionales que enfrentan las personas migrantes, especialmente las que se

encuentran en situación irregular, limitan su acceso a los servicios de RDD. Los programas deben considerar sus experiencias de migración, trauma y exclusión social, desarrollando políticas que faciliten su acceso y se adapten a sus necesidades específicas. Esto incluiría la prestación de servicios que aborden tanto su situación legal como su salud. *“Es imprescindible adaptar culturalmente los programas de reducción de daños para que respondan a las realidades de las personas migrantes, quienes a menudo quedan fuera del sistema por falta de sensibilidad y comprensión de sus contextos”*, explicó un trabajador social especializado en este ámbito.

4. **Recursos habitacionales para personas sin hogar:** Las personas sin hogar enfrentan una doble exclusión, por su situación de sinhogarismo y su consumo de sustancias. Los servicios de RDD deben incluir soluciones habitacionales a largo plazo, como el modelo *Housing First*, que proporciona una vivienda estable sin exigir abstinencia. Estos recursos ofrecen un entorno seguro y contribuyen al bienestar integral de las personas, pero aún son insuficientes, por lo que es necesario incrementar la inversión y expansión de estos servicios. *“El acceso a una vivienda estable es la clave para cualquier intervención eficaz en la reducción de daños para personas sin hogar. Sin un techo seguro, cualquier otro esfuerzo es un paliativo temporal”*, afirmó un experto en políticas de vivienda.
5. **Atención a la juventud y a las personas mayores:** La discriminación por edad es otro desafío significativo en la RDD. Los menores de 18 años y los mayores de 45 años son grupos que enfrentan serias barreras de acceso a estos servicios. Se propone que los programas se adapten para abordar sus necesidades específicas, asegurando que las personas jóvenes puedan acceder a servicios desde una etapa temprana del consumo y que las personas mayores reciban atención acorde con sus condiciones de salud y sociales. Un profesional de la salud mental destacó, *“Los jóvenes suelen ser invisibilizados en los servicios de reducción de daños, a pesar de que es en la adolescencia cuando muchos comienzan a consumir. Ignorarles es perpetuar un ciclo de exclusión”*.

Reconocimiento de todas las drogas y vías de administración

Es imprescindible que la **Reducción de Daños** (RDD) en el ámbito de las drogas no se limite a ciertas sustancias o métodos de consumo específicos, sino que abarque **todas las drogas y vías de administración**. Históricamente, los programas de RDD han centrado sus esfuerzos en la prevención de enfermedades infecciosas y la sobredosis, principalmente vinculados al consumo inyectado de opiáceos y al VIH. Sin embargo, este enfoque ha dejado fuera otros patrones de consumo que requieren atención urgente.

Nuevas drogas y nuevos desafíos: En los últimos años, en algunos territorios se ha comenzado a **ampliar la mirada** para incluir el consumo de psicoestimulantes y drogas inhaladas. Este es un paso importante, pero insuficiente. A medida que surgen nuevas sustancias y patrones de consumo, como las **drogas de síntesis**, el enfoque de RDD debe adaptarse para responder de manera adecuada a estas realidades emergentes. Esto implica crear programas que aborden los riesgos específicos asociados al uso de drogas sintéticas, como los posibles efectos a largo plazo sobre la salud mental y las complicaciones físicas derivadas de su consumo recreativo o problemático.

Alcohol y otras sustancias: El alcohol es una de las sustancias más consumidas y con mayor impacto a nivel social y sanitario, pero ha sido históricamente **excluido del enfoque de reducción de daños**. Es necesario incluir el **consumo problemático de alcohol** en la agenda de intervención de la RDD, reconociendo sus graves consecuencias tanto para la salud de las personas como para su entorno social. La falta de una intervención robusta en este ámbito limita el alcance de las políticas de RDD y perpetúa la invisibilización de sus efectos.

Persistencia en el tiempo y en los servicios: A pesar del aumento en la concienciación sobre la diversidad de sustancias y las vías de consumo, los servicios de RDD en España siguen **anclados en modelos tradicionales** que priorizan intervenciones muy específicas, como el reparto de jeringuillas. Este enfoque no aborda de manera integral el consumo de sustancias inhaladas, psicoestimulantes o sintéticas. Las estructuras de los servicios y su contenido deben evolucionar para estar en consonancia con la realidad actual de los consumos y los perfiles de las personas usuarias.

Es urgente impulsar un cambio en los **informes y evaluaciones** de los programas de RDD, que siguen centrándose de manera desproporcionada en la entrega de material estéril, sin considerar el amplio espectro de sustancias y las diferentes vías de administración. Un enfoque más amplio permitirá a los servicios **adaptarse mejor a las necesidades de las personas usuarias**, desarrollando estrategias efectivas que reduzcan los riesgos y fomenten el bienestar general.

Propuestas para un enfoque integral

- 1. Reconocimiento y Adaptación** de los servicios a los nuevos desafíos derivados del consumo de drogas sintéticas y psicoestimulantes, con recursos especializados y acceso a información clara y precisa para las personas usuarias.
- 2. Ampliar la cobertura de la RDD** al consumo de alcohol, ofreciendo intervenciones adaptadas a su alta prevalencia y a los diferentes tipos de riesgos asociados a su consumo problemático.
- 3. Flexibilización de los servicios de RDD**, incluyendo no sólo la provisión de material para el consumo seguro, sino también acompañamiento psicológico, social y comunitario que aborde los diferentes patrones de consumo y promueva la reducción del estigma.

Garantizar fondos para la Reducción de Daños y corregir el desequilibrio territorial

Para garantizar un impacto más amplio y efectivo de los programas de **Reducción de Daños (RDD)**, es fundamental asignar **más recursos económicos**. Los servicios dedicados a la RDD deben estar accesibles para todas las personas que los necesiten, lo que requiere una **redistribución presupuestaria** y un compromiso firme por parte de las instituciones para asegurar un financiamiento adecuado. Reorientar los recursos previamente empleados en **medidas punitivas**, como la aplicación de la ley, hacia la **prevención y la reducción de daños** generará un **retorno de inversión más significativo** y beneficioso para la sociedad en su conjunto.

1. **Aumento del presupuesto en Reducción de Daños:** Una de las principales carencias en el panorama de la prevención es que los fondos destinados a la **reducción de riesgos** son, históricamente, los más **reducidos**. Esta falta de inversión limita la capacidad de los programas de RDD para cumplir con sus objetivos de manera eficaz y sostenible. Es necesario corregir este desequilibrio mediante un **aumento del presupuesto**, asegurando que las intervenciones de RDD puedan funcionar plenamente, con **presupuestos adecuados** para su implementación a largo plazo.
2. **Salas de consumo en grandes ciudades:** En las grandes ciudades de España, es esencial que **todas** cuenten con una **sala de consumo supervisado**. Nadie debería verse obligado a consumir sustancias en la calle. Estas salas, que han demostrado ser un recurso clave para la reducción de riesgos, deben considerarse como **servicios indispensables** y estar equipadas con los **recursos necesarios** para funcionar de manera efectiva y continua. El acceso a estas instalaciones no solo protege a las personas usuarias de los riesgos asociados al consumo en entornos no controlados, sino que también **reduce el estigma** y mejora la convivencia social.
3. **Mejores condiciones laborales para el personal:** Uno de los desafíos más importantes dentro de este sector es la **precariedad laboral**. Los profesionales de la reducción de daños, a menudo, sufren de **salarios bajos** y condiciones laborales que no reflejan la importancia de su trabajo. Como una de las profesionales del ámbito ha señalado: *"Necesitamos mejores sueldos en reducción de daños. No podemos cuidar a las personas si no cuidamos al personal, y la rotación es impresionante. Esto tiene que ver con las condiciones laborales en las que estamos"*. Es urgente mejorar las **condiciones laborales** del personal, asegurando que los equipos cuenten con **salarios justos y estabilidad laboral**, lo que a su vez reducirá la alta **rotación** y permitirá un mejor **cuidado de las personas usuarias**.
4. **Corregir el desequilibrio territorial en la Reducción de Daños:** La distribución desigual de los recursos y servicios de RDD en el territorio español ha generado un **desequilibrio** que afecta negativamente a las personas en áreas con menor acceso. Es crucial corregir este desajuste, asegurando que todas las regiones cuenten con **servicios de reducción de daños bien financiados** y adaptados a las necesidades locales. Esto requiere una mayor coordinación entre administraciones locales y estatales para asegurar una **equidad territorial** en la provisión de recursos y servicios.

Propuestas concretas:

1. **Incrementar el presupuesto** destinado a la RDD en el conjunto del territorio, especialmente en áreas rurales y con menor acceso a servicios especializados.
2. **Establecer salas de consumo supervisado** en todas las grandes ciudades de España, asegurando su correcto funcionamiento y dotación de personal y recursos.
3. **Mejorar las condiciones laborales** de los profesionales de la RDD, ofreciendo salarios justos, contratos estables y formación continua para garantizar la retención del talento.

- 4. Redistribuir los recursos** del sistema de justicia penal y otras áreas punitivas hacia la **reducción de daños**, reconociendo que este enfoque es más eficaz en la reducción de daños y costes sociales a largo plazo.

Continuidad de atención en reducción de daños en el sistema penitenciario

La continuidad de la atención y el apoyo a la reducción de daños deben estar disponibles tanto dentro como fuera de las paredes de la prisión, constituyendo un paso crucial hacia la protección de la salud y el bienestar de todas las personas, independientemente de su situación legal o su estado de encarcelamiento. Es preocupante observar que el consumo de hipnosedantes está disparado, a pesar de la existencia de un plan de desprescripción. *"Las personas salen de prisión con dosis muy altas de medicación, a menudo muy dopadas. Esto también debe ser abordado desde la reducción de daños"*.

En el contexto penitenciario, la realidad es que la reducción de daños enfrenta múltiples dificultades. Aquellos que desean beneficiarse de algún programa de reducción de daños dentro de prisión son frecuentemente estigmatizados. *"Sus permisos se ven afectados, y las muertes por sobredosis son una realidad preocupante"*. Aunque el acceso a la naloxona es crítico, *"prácticamente solo entra en una prisión en España"*. Esto implica que, al solicitar naloxona, los tratamientos de metadona de estas personas pueden ser cuestionados.

Es evidente que, a pesar de los esfuerzos del gobierno por reducir el consumo de benzodiazepinas en prisión, *"no hay una aceptación pública de que dentro de las prisiones hay consumo"*. Mientras esta realidad no sea reconocida, los diálogos sobre el consumo de drogas en este entorno tienden a ser infantiles. En un mundo ideal, *"las personas que están dentro de prisión deberían tener un espacio seguro para consumir y contar con un acompañamiento cercano"*.

Es esencial que, al salir de prisión, exista una continuidad en los tratamientos, ya que actualmente se paraliza el acceso a la tarjeta sanitaria. Esta falta de continuidad contribuye a la vulnerabilidad de estas personas, lo que subraya la necesidad urgente de implementar un enfoque que garantice un apoyo efectivo y continuo en su proceso de recuperación.

Defensa de la Reducción de Daños y concienciación

Es fundamental realizar **esfuerzos coordinados** para abordar los **conceptos erróneos** y los **prejuicios** que rodean a la **reducción de daños**. La creación de conciencia y el fomento del apoyo público son esenciales para configurar una respuesta más **compasiva y efectiva** al consumo de drogas. Para lograr este objetivo, se pueden considerar las siguientes propuestas:

- 1. Campañas de sensibilización:** Desarrollar campañas educativas a nivel nacional que informen sobre los principios y beneficios de la reducción de daños, destacando casos exitosos y testimonios de personas que han experimentado un impacto positivo a través de estos programas.
- 2. Formación en competencias culturales:** Implementar programas de formación para profesionales del sector salud y servicios sociales sobre la importancia de la RDD y

cómo abordarla con **perspectiva de género y enfoque interseccional**, para que puedan responder a la diversidad de realidades de los consumidores de drogas.

3. **Colaboración con medios de comunicación:** Trabajar junto a medios de comunicación para asegurar que la cobertura del consumo de drogas y las políticas de reducción de daños sean precisas y responsables, evitando la perpetuación de estigmas y estereotipos negativos.
4. **Espacios de diálogo y participación:** Fomentar la creación de **mesas de diálogo** que incluyan a usuarios de servicios, familiares y profesionales del ámbito de la salud y la RDD, para compartir experiencias y visibilizar la necesidad de un enfoque humanizado en el tratamiento del consumo de drogas.
5. **Investigación y publicación de datos:** Promover la investigación sobre los efectos de la reducción de daños y su eficacia en la mejora de la salud pública. La difusión de estos datos puede ser un poderoso instrumento para dismantelar prejuicios y promover una política basada en la evidencia.
6. **Apoyo a iniciativas locales:** Incentivar y financiar iniciativas comunitarias que promuevan la reducción de daños y la atención a poblaciones vulnerables, asegurando que estos esfuerzos sean visibilizados y apoyados por la comunidad.

Empoderar Comunidades en la Reducción de Daños

Es fundamental que la reducción de daños se ofrezca de manera que empodere a las comunidades y a las personas que consumen drogas, asegurando su participación activa en todas las etapas del proceso: desde la concepción y la implementación hasta la evaluación de los programas. Tal como se ha señalado: *"Lo que falta es un intercambio de conocimientos y producción de investigación en el que las voces de los usuarios estén presentes"*. En muchos casos, las personas usuarias de drogas están aisladas o no son tomadas en cuenta, lo que limita su capacidad de contribuir con su experiencia vital y su visión.

Este reto de empoderar comunidades no es solo una cuestión de añadir servicios, sino de entender que la reducción de daños, como señala un profesional, *"no ha logrado en España engranar bien a la comunidad"*. A menudo, existe una desconexión entre las personas que consumen drogas y el resto de la comunidad, lo que genera tensión: *"Siempre los usuarios de drogas están en un sitio y la comunidad en otro, peleando por su presencia"*. Este aislamiento no solo afecta a las personas usuarias, sino también a sus familias, que en muchos casos se ven marginadas de los procesos de reducción de daños.

Algunas experiencias en contextos latinoamericanos han demostrado ser efectivas, y podrían servir como ejemplo para implementar cambios en España. *"Nos cuesta trabajar bien con las familias, y hemos fragmentado a la persona en sus problemas, lo que dificulta su integración en la comunidad"*. Para romper este ciclo, es necesario trabajar de manera más holística, priorizando la participación activa y el apoyo comunitario desde una perspectiva inclusiva.

Un elemento clave en este proceso es la participación de los usuarios en la toma de decisiones. *"Nos faltan sistemas y formas de recoger estas voces, porque consumir drogas*

no inhabilita a las personas para hablar por sí mismas" o para participar en las soluciones que les afectan. Es fundamental contar con mecanismos que aseguren que las personas usuarias puedan compartir su experiencia y colaborar en el diseño de las políticas que buscan mejorar su calidad de vida.

El estigma, sin embargo, sigue siendo un obstáculo considerable: *"Si reinsero a una persona que ha hecho un proceso durante un año y encuentra un trabajo, pero la comunidad me llama para decir que no le alquilan un piso por ser quien pedía en la plaza mayor, eso es estigmatización"*. Esta discriminación impide el verdadero empoderamiento de las personas usuarias y refuerza las barreras sociales que dificultan su recuperación.

En resumen, para empoderar a las comunidades y a las personas que consumen drogas, es crucial promover su participación significativa, eliminar el estigma y fomentar una colaboración más estrecha entre los usuarios, las familias y el entorno social. Solo así se podrán generar programas de reducción de daños que realmente respondan a las necesidades de las personas y de las comunidades.

Colaboración e intercambio de conocimientos:

La colaboración entre gobiernos, organizaciones y miembros de la comunidad es clave para implementar de manera efectiva estrategias de reducción de daños. Para lograr resultados más efectivos y fomentar la innovación, es necesario un intercambio constante de buenas prácticas y lecciones aprendidas. La creación de espacios de diálogo entre los diversos actores implicados permite generar soluciones adaptadas a las realidades de cada territorio y población, lo que aumenta la eficiencia de las intervenciones.

Una herramienta esencial en este proceso es la incorporación de sistemas de información que reúnan datos sobre los programas de reducción de daños. Estos sistemas no solo deben ofrecer un perfil detallado de las personas atendidas en los servicios, sino también aportar información sobre sus patrones de consumo y sus necesidades. Este conocimiento es vital para diseñar respuestas más precisas y efectivas.

Además, *"es fundamental contar con una monitorización amplia de la realidad del mercado de drogas"*, tal como han señalado diversos expertos en el ámbito. Este tipo de monitoreo ofrece una visión actualizada de las tendencias de consumo y la aparición de nuevas sustancias, lo que permite anticiparse a los retos emergentes y adaptar las intervenciones de manera proactiva.

El intercambio de buenas prácticas entre los distintos actores implicados no solo mejora los resultados, sino que también impulsa la innovación continua en la reducción de daños. Aprender de las experiencias de otros contextos, como ha ocurrido en algunos países latinoamericanos y europeos, puede servir de inspiración para ajustar y mejorar las estrategias locales. Solo a través de una colaboración constante y el intercambio de conocimientos se puede garantizar que las políticas de reducción de daños se mantengan actualizadas y adaptadas a las necesidades cambiantes de las comunidades.

3.5. Conclusiones

España ha logrado avances importantes en la **Reducción de Daños (RDD)**, beneficiándose de una significativa disminución de infecciones por VIH y VHC entre consumidores de drogas gracias a la implementación de programas en algunas regiones del país. La **Estrategia Nacional sobre Drogas** mantiene este enfoque, reconociendo la RDD como un pilar esencial para la salud pública y la reducción de riesgos. Sin embargo, España aún enfrenta desafíos en la adaptación de estos servicios a las realidades actuales del consumo.

Es necesario **ampliar el conocimiento y la integración de la RDD**, abarcando todas las sustancias y vías de administración, como drogas sintéticas y alcohol, y no limitarse solo al consumo inyectado. Este enfoque requiere de una **formación especializada para profesionales de la salud**, promoviendo una comprensión integral de los beneficios sanitarios y sociales de la RDD.

La RDD debe responder a las necesidades de **colectivos vulnerables** con un enfoque interseccional que reconozca las opresiones particulares relacionadas con el género, orientación sexual, situación migratoria o socioeconómica. Se hace necesario diseñar programas específicos que respondan a estos factores y ofrezcan servicios sensibles al género y culturalmente inclusivos.

La **redistribución de recursos** es otro aspecto crítico para reducir el **desequilibrio territorial** que afecta a zonas con menor acceso. Esto implica incrementar el presupuesto en áreas rurales y redirigir recursos desde enfoques punitivos hacia estrategias de prevención y reducción de daños, optimizando el impacto social y sanitario.

Además, es fundamental asegurar **condiciones laborales dignas para el personal de la RDD**, promoviendo estabilidad y formación continua para estos profesionales, lo cual resulta esencial para proporcionar un acompañamiento de calidad a las personas usuarias.

En las grandes ciudades, es prioritario contar con **salas de consumo supervisado**, permitiendo un consumo en entornos seguros y minimizando así los riesgos asociados.

Para un impacto sostenido, la RDD debe contar con **financiación adecuada y continua**, lo cual también se aplica al sistema penitenciario, donde es crucial proporcionar continuidad en la atención para apoyar el proceso de recuperación y acceso a recursos esenciales.

Finalmente, la **sensibilización y empoderamiento de comunidades** son esenciales para el éxito de la RDD. Se requiere de campañas de concienciación, además de una participación activa de las comunidades en la evaluación y diseño de programas. Esto asegura que la RDD no solo reduzca riesgos, sino que también fortalezca el tejido social y promueva la colaboración entre distintos actores en la implementación de estrategias efectivas de reducción de daños.

Bibliografía

ARANDA-RODRÍGUEZ, E. (2022) *Estudio Reducción de Daños en el Siglo XXI. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD)*. Madrid.

ARANDA-RODRÍGUEZ ET AL. (2023) *Estudio Reducción de Daños en el Siglo XXI. Fase II Nuevas Estrategias de Reducción de Daños*. UNAD, la Red de Atención a las Adicciones. Madrid.

FOESSA, Fundación (2021) Encuesta de Integración y Necesidades Sociales. <https://www.foessa.es/encuestas-sobre-integracion/>

ROVIRA J, CORTES E, VIDAL C, ET AL. (2018) *La reducción de daños en la intervención con drogas. Concepto y buenas prácticas*. Red Iberoamerican de ONG que trabajan con Drogas y Adicciones.

ROVIRA, J. (2022) *Metanfetamina, problemática y respuestas [Webinar]*. Plan Nacional sobre drogas

ROMANI, Oriol (2019) *Un enfoque de salud pública en materia de drogas. De la cura de la enfermedad a la promoción de la salud colectiva*. Red Iberoamerican de ONG que trabajan con Drogas y Adicciones.

RIOD (2016) *Posicionamiento para la Sesión Especial de Naciones Unidas (UNGASS) sobre Drogas*. Red Iberoamerican de ONG que trabajan con Drogas y Adicciones.

OEDA (2023) *INFORME 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

DGPNSD (2022) *Metanfetamina*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

DGPNSD (2024) *Problemas de salud y recursos utilizados en reducción de daños asociados al consumo de drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2024. 58 p

Women and Harm Reduction International Network, “Women who use drugs: intersecting injustice and opportunity” (2022).