



# Criterios y recomendaciones

**para la implementación de estándares mínimos de calidad  
entre las organizaciones de la sociedad civil (OSC)**





# ÍNDICE

Introducción.....	4
Terminología y definiciones.....	5
Cómo usar estos criterios.....	6
Prevención.....	7
Reducción de riesgos y daños.....	11
Tratamiento, integración social, rehabilitación y recuperación .....	15
Conclusiones.....	23
Glosario .....	24

# INTRODUCCIÓN

En septiembre de 2015, el Consejo de la Unión Europea adoptó las **Conclusiones del Consejo sobre la implementación de Estándares Mínimos de Calidad (EMC) en reducción de la demanda de drogas en la UE**. Esta innovadora iniciativa enumera 16 estándares que representan un punto de referencia mínimo de calidad para las intervenciones en: *prevención, reducción de riesgos y daños, tratamiento, integración social y rehabilitación*. Aunque no es vinculante para los gobiernos nacionales, este documento representa la voluntad política de los países de la UE para abordar las intervenciones de reducción de la demanda a través de una perspectiva basada en la evidencia. Estas directrices se han elaborado en el contexto de la Acción 9 del plan de acción de la UE sobre drogas (2013-16).

En 2014, el Foro de la Sociedad Civil sobre Drogas (CSFD) preparó y publicó un **documento sobre los estándares mínimos de calidad de la UE para la reducción en la demanda de drogas**. El documento presenta el contexto en el que se recomienda a los Estados miembros de la UE, así como a los países candidatos y potenciales candidatos a la adhesión a la UE, a promover y hacer cumplir los estándares mínimos de calidad en la reducción de la demanda de drogas y proporciona una breve descripción de los problemas asociados y las oportunidades para su consideración (incluyendo evaluación de la implementación de estándares).

Desde entonces, se ha derivado del CSFD un grupo de trabajo sobre estándares mínimos de calidad, cuyo trabajo se ve apoyado por el proyecto CSFD, cofinanciado por la Comisión Europea bajo el Programa de Justicia (Iniciativas en Política de Drogas). Esta parte del proyecto está dirigido por el Instituto «Utrip» de Eslovenia ([www.institut-utrip.si](http://www.institut-utrip.si)) e IREFREA España ([www.irefrea.eu](http://www.irefrea.eu)), y se lleva a cabo con las aportaciones de los miembros del grupo de trabajo del CSFD y del resto de miembros del CSFD. Los objetivos del proyecto en esta área son los siguientes:

## 1. PROMOVER LA APLICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES MÍNIMOS DE CALIDAD EN LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA UE, Y

## 2. MEJORAR EL CONOCIMIENTO Y LAS HABILIDADES DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL (OSC) SOBRE CÓMO IMPLEMENTAR ESTÁNDARES MÍNIMOS DE CALIDAD A NIVEL NACIONAL.

**PARA FACILITAR ESTO, EL GRUPO DE TRABAJO HA LLEVADO A CABO LOS SIGUIENTES COMETIDOS:**

1. Desarrollo de un cuestionario de evaluación que permita a las OSC monitorear y evaluar la implementación de los estándares mínimos de calidad en sus propios países y organizaciones. Los 16 estándares de reducción de la demanda de drogas se han desglosado en 52 sub-estándares, 64 preguntas y 222 indicadores de evaluación (excluyendo indicadores no definidos, p. ej. “otros”). El cuestionario online funciona como una herramienta de autoevaluación con retroalimentación automática de resultados (utilizando una calificación basada en el sistema de luces de semáforo).
2. Desarrollo de un método para evaluar la viabilidad de la implementación de los estándares mínimos de calidad en las OSC. El cuestionario de viabilidad se incorporó en la herramienta de evaluación e incluye 52 preguntas adicionales y 144 indicadores de viabilidad. Durante el periodo de prueba, se recibieron más de 100 respuestas de diversas OSC de toda Europa que representan diferentes áreas de trabajo (prevención, reducción de riesgos y daños, integración social, rehabilitación y recuperación). Sin embargo, tras la revisión de datos, solo 46 de ellas pudieron ser finalmente analizadas e incluidas en el estudio de viabilidad.

**El cuestionario de evaluación está disponible en el siguiente enlace:**

<http://self-assessment.institut-utrip.si/index.php/71231?lang=en>

**El estudio de viabilidad está disponible en la página web del CSFD:**

<http://www.civilsocietyforumondrugs.eu/tf4-working-group-on-quality-standards-in-drug-policy/>

En base a los conocimientos adquiridos a partir del cuestionario de autoevaluación y el estudio de viabilidad, el CSFD ha desarrollado este documento de criterios y recomendaciones. El objetivo principal es ayudar y apoyar a las OSC que trabajan en el campo de la reducción de la demanda de drogas a:

1. Evaluar e implementar sus intervenciones de acuerdo con estos estándares,
2. Identificar posibles obstáculos para su incorporación; y
3. Evaluar la necesidad potencial de proporcionar formación sobre los estándares para profesionales e implementadores en el campo de la reducción de la demanda de drogas.

# TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

La terminología usada puede variar entre los diferentes idiomas y localizaciones. Se han utilizado las siguientes definiciones con el objetivo de garantizar la coherencia en la comprensión de los criterios y recomendaciones:

## PREVENCIÓN

Las intervenciones preventivas promueven actividades para prevenir el consumo de sustancias. El objetivo es reducir los factores de riesgo y fomentar los factores de protección. La prevención se logra mediante la aplicación de múltiples estrategias; se puede implementar en diferentes entornos y con diferentes métodos y contenidos. La duración puede variar entre actividades puntuales y proyectos a largo plazo. Las intervenciones de prevención se clasifican comúnmente en cuatro categorías: intervenciones ambientales, universales, selectivas e indicadas.

Las estrategias de prevención ambiental tienen como objetivo cambiar los entornos culturales, sociales, físicos y económicos; e incluyen medidas como la fijación de precios o la prohibición del consumo de tabaco o su publicidad, que cuentan con probada evidencia de efectividad. La prevención universal se dirige a toda la población, mientras que la prevención selectiva se dirige a grupos (vulnerables), ambos con el objetivo de disuadir o retrasar el inicio del uso de sustancias. La prevención indicada actúa a nivel individual para: prevenir el desarrollo de una dependencia; para detener su progresión; disminuir la frecuencia de consumo; y consecuentemente prevenir el consumo de sustancias. *(Adaptado del Portal de Buenas Prácticas del OEDT)*

## REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS

La reducción de riesgos y daños abarca intervenciones, programas y políticas que buscan reducir los daños en la salud, sociales y económicos del uso de drogas en individuos, comunidades y sociedades. La reducción de riesgos y daños se considera una intervención combinada, compuesta por un conjunto de intervenciones adaptadas al entorno y a las necesidades locales, que ponen especial énfasis en la reducción de los daños del consumo de drogas. *(Adaptado de la monografía del OEDT, 2010)*

## TRATAMIENTO, INTEGRACIÓN SOCIAL, REHABILITACIÓN Y RECUPERACIÓN

El tratamiento, la integración social, la rehabilitación y la recuperación se definen como un conjunto de actividades dirigidas específicamente a aquellas personas que tienen problemas con el consumo de sustancias y tienen como fin lograr objetivos concretos en relación a la atenuación y/o eliminación de estos problemas; y son facilitadas por profesionales experimentados y acreditados, en el marco de prácticas reconocidas de la asistencia médica, psicológica o social. *(Adaptado del Protocolo del Indicador de Demanda de Tratamiento del OEDT)*

## EDUCACIÓN Y/O CAPACITACIÓN FORMAL

La educación y la capacitación se encuentran generalmente provistas por una institución educativa estructurada (en términos de objetivos y tiempos de aprendizaje, así como apoyo durante el mismo) y derivan en una certificación. El aprendizaje formal es intencional desde la perspectiva del alumno. *(Definición de la UNESCO)*

## EDUCACIÓN Y/O CAPACITACIÓN NO FORMAL

La educación y capacitación que se lleva a cabo fuera del sistema formal, ya sea de manera regular o intermitente. *(Definición de la UNESCO)*

## EDUCACIÓN Y/O CAPACITACIÓN INFORMAL

El aprendizaje resultante de actividades cotidianas relacionadas con el trabajo, la familia o el ocio. El aprendizaje informal es parte del aprendizaje no formal. A menudo nos referimos a él como aprendizaje basado en la experiencia y, hasta cierto punto, puede entenderse como un aprendizaje accidental. *(Definición de la UNESCO)*

## SERVICIOS AMPLIAMENTE DISPONIBLES (ESPECIALMENTE SERVICIOS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS)

Un servicio ampliamente disponible es uno al que una gran mayoría de personas necesitadas del mismo pueden acceder en una determinada jurisdicción.

### **POL3TICA DE NO EXCLUSI3N**

Una pol3tica de no exclusi3n significa que los usuarios (por ejemplo, personas que consumen o se inyectan drogas) no pueden ser de ninguna forma excluidos o rechazados de aquellos servicios que precisen. Algunos servicios pueden presentar limitaciones (por ejemplo, edad, sexo, estatus), debe proveerse de servicios disponibles de acuerdo con las necesidades de cualquier poblaci3n diana.

### **TIEMPO RAZONABLE (EN TRATAMIENTO, REINTEGRACI3N SOCIAL, REHABILITACI3N Y RECUPERACI3N)**

En caso de darse una crisis de asistencia para el tratamiento de sustituci3n, la intervenci3n debe estar disponible de inmediato y continuarse hasta que se cumplan los procedimientos legales necesarios (dependiendo de la situaci3n legal del pa3s) para el tratamiento de sustituci3n a largo plazo. El tratamiento de rehabilitaci3n residencial sin abstinencia (combinado con el tratamiento de sustituci3n) debe estar disponible en un m3ximo de dos semanas tras la fase de preparaci3n. El tratamiento de desintoxicaci3n, seguido de un tratamiento de rehabilitaci3n orientado a la abstinencia, debe estar disponible en un m3ximo de dos semanas de la fase de preparaci3n, con ingreso inmediato despu3s de la fase de desintoxicaci3n. El tratamiento de reca3da (intervenci3n en crisis) despu3s de una intervenci3n de recuperaci3n exitosa debe estar disponible de inmediato. Si el problema incluye a menores o a personas en riesgo para su vida, todos los servicios deben estar disponibles sin demora (de inmediato).

## **C3MO USAR ESTOS CRITERIOS**

**Para cada uno de los 16 est3ndares comprendidos en las Conclusiones del Consejo, estos criterios proporcionan:**

- Una transcripci3n del est3ndar.
- Una visi3n de los resultados sobre los est3ndares de acuerdo con el cuestionario de autoevaluaci3n completado por las OSC.
- Una idea de lo que el estudio de viabilidad refleja sobre la implementaci3n de los est3ndares en las OSC.
- De acuerdo con informaci3n anterior: recomendaciones para las OSC, destacando los aspectos m3s importantes que pueden ser de utilidad a la hora de implementar los est3ndares.

Los criterios se pueden usar junto con el cuestionario de autoevaluaci3n, el estudio de viabilidad y otros recursos relevantes para apoyar a las OSC que trabajan en la implementaci3n de est3ndares.

# PREVENCIÓN

**ESTÁNDAR 1: LAS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN (AMBIENTALES, UNIVERSALES, SELECTIVAS E INDICATIVAS) ESTÁN DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN GENERAL, A LAS POBLACIONES EN RIESGO DE DESARROLLAR UN PROBLEMA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS O A POBLACIONES/INDIVIDUOS CON UN PROBLEMA IDENTIFICADO. PUEDEN ESTAR DIRIGIDAS A PREVENIR, RETRASAR O REDUCIR EL CONSUMO DE DROGAS, SU PROGRESIÓN Y/O SUS CONSECUENCIAS NEGATIVAS EN LA POBLACIÓN GENERAL Y/O SUBPOBLACIONES; Y SE BASAN EN UNA EVALUACIÓN Y SE AJUSTAN A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN DIANA**

## 1.1.

Según la **evaluación**, este estándar parece estar bien implementado en los Estados miembros de la UE que participaron en el estudio. La clasificación contemporánea de la prevención (cuatro tipos de enfoques) se usa considerablemente en los documentos sobre políticas (por ejemplo, estrategias de drogas y planes de acción) en toda Europa. En general, los objetivos mencionados en los estándares se incluyen típicamente en estrategias y planes de acción a nivel de población general, pero no se dirigen necesariamente a las subpoblaciones. La mayoría de países dispone de fuentes de información nacionales para la evaluación de la población diana. Sin embargo, la participación de la población diana sigue siendo un desafío en todas las fases incluida la evaluación de necesidades, y especialmente durante el diseño y la evaluación de la intervención (tanto el proceso como el resultado).

## 1.2.

Según el **estudio de viabilidad**, este estándar está bien implementado en las OSC, y predominan los enfoques universales y selectivos tanto en intervenciones como en estrategias. En general, se utilizan fuentes de información nacionales y/o propias durante la evaluación de necesidades. Las necesidades de la población diana se evalúan bien durante todas las fases (diseño de intervención, implementación y evaluación tanto del proceso como de resultados).

## 1.3.

### Recomendaciones:

Aquellas OSC interesadas en trabajar sobre este estándar, deben tomar en consideración algunos aspectos:

- Garantizar que las poblaciones diana participen en todas las fases de la evaluación de necesidades, así como en el diseño y la evaluación de la intervención.
- En consecuencia, para las OSC que trabajan con una población en particular, tiene sentido concentrarse solo en este grupo, lo que significa que las intervenciones preventivas selectivas e indicadas dirigidas a una subpoblación específica deberían enfocarse a este grupo principal.
- Haber definido de antemano cómo se recopilarán, analizarán y administrarán los datos sobre este tipo de intervenciones. Será valioso no solo para su propio análisis y evaluación, sino también para un mayor desarrollo de datos regionales y locales y para elaborar datos específicos sobre subpoblaciones.

**EST3NDAR 2: AQUELLOS QUE DESARROLLAN INTERVENCIONES DE PREVENCI3N POSEEN LAS COMPETENCIAS Y EXPERIENCIA EN LOS PRINCIPIOS, TEOR3AS Y PR3CTICAS DE LA PREVENCI3N, Y SON PROFESIONALES CAPACITADOS Y / O ESPECIALIZADOS QUE CUENTAN CON EL APOYO DE LAS INSTITUCIONES P3BLICAS (EN EL 3MBITO DE EDUCACI3N, SALUD Y/O SERVICIOS SOCIALES) O TRABAJAN PARA INSTITUCIONES U ONG ACREDITADAS O RECONOCIDAS.**

## 2.1.

Seg3n la **evaluaci3n**, este est3ndar est3 mal implementado en los Estados miembros de la UE que participaron. Raramente se requieren competencias y experiencia espec3ficas para el personal en prevenci3n, y los gobiernos o autoridades rara vez acreditan oficialmente a las OSC para trabajar en este campo. Casi no hay educaci3n formal y/o formaci3n disponible para el personal de prevenci3n. La situaci3n es ligeramente mejor con respecto a la educaci3n y/o formaci3n no formal e informal. Sin embargo, casi no existe apoyo o financiaci3n para la educaci3n y/o formaci3n del personal en el campo de la prevenci3n por parte de las instituciones p3blicas, especialmente a nivel regional y local. El personal apenas recibe cr3dito o reconocimiento como profesionales de prevenci3n (ya sea a nivel nacional, regional o local).

## 2.2.

En base al **estudio de viabilidad**, este est3ndar tampoco est3 bien implementado en los Estados miembros de la UE participantes. Las OSC en el campo de la prevenci3n requieren principalmente un t3tulo universitario en un 3rea relevante y educaci3n y/o formaci3n informal. Apenas hay acreditaci3n oficial para que las OSC trabajen en el campo de la prevenci3n.

## 2.3.

### **Recomendaciones:**

Aquellas OSC interesadas en trabajar sobre este est3ndar, deben tomar en consideraci3n algunos aspectos:

- Explorar las posibilidades de trabajar con las autoridades nacionales o locales para asegurar que este est3ndar se implemente mejor y que quienes est3n comprometidos con el trabajo de prevenci3n est3n capacitados y respaldados para hacerlo. Dada su prominencia, como conclusi3n del consejo, convendr3a que los gobiernos y las autoridades de los Estados miembros de la UE se interesasen en explorar de qu3 forma se puede dar mejor apoyo al trabajo en esta 3rea; por ejemplo, acreditando y reconociendo a las OSC para poder trabajar en el campo de la prevenci3n y brindando apoyo y financiamiento sostenible para educaci3n y formaci3n, lo que podr3a mejorar significativamente las competencias y la experiencia en esta 3rea de trabajo.
- Antes de dise1ar o implementar cualquier proyecto de prevenci3n, aseg3rese de que el personal que ha sido designado para llevar a cabo el trabajo cuenta con el apoyo y el equipamiento adecuados, y las competencias y la experiencia necesarias para realizar el trabajo.



### **ESTÁNDAR 3: AQUELLOS QUE IMPLEMENTAN INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN TIENEN ACCESO Y CUENTAN CON PROGRAMAS DISPONIBLES BASADOS EN LA EVIDENCIA Y/O CRITERIOS DE CALIDAD ACCESIBLES A NIVEL LOCAL, NACIONAL E INTERNACIONAL.**

#### **3.1.**

Según la **evaluación**, este estándar está mal implementado en los Estados miembros de la UE que participaron. Apenas hay registros de intervenciones basadas en la evidencia disponibles a nivel nacional, regional y/o local. Si bien existen registros de intervenciones basadas en la evidencia (IBE) reconocidos internacionalmente (como el registro Xchange del OEDT, el registro Healthy Nightlife Toolbox (HNT), el Programa Blueprints y el registro SAMHSA), los profesionales de la prevención los usan muy raramente. Hay algunos estándares y/o directrices disponibles (principalmente a nivel nacional) en algunos Estados miembros de la UE, pero el uso de estos no siempre es obligatorio para conseguir apoyo financiero.

#### **3.2.**

Según el **estudio de viabilidad**, este estándar está insuficientemente implementado entre las OSC participantes. Las OSC rara vez utilizan los registros IBE, internacionales y/o nacionales, existentes en el campo de la prevención. En la mayoría de los casos, los profesionales de prevención usan estándares y/o directrices nacionales (si existen).

#### **3.3.**

##### **Recomendaciones:**

Aquellas OSC interesadas en trabajar sobre este estándar, deben tomar en consideración algunos aspectos:

- Asegurarse de que en sus procesos internos, al diseñar e implementar intervenciones de prevención, se tienen en cuenta los registros IBE nacionales e internacionales, de modo que los profesionales de la prevención los usen regularmente mientras desarrollan, adaptan, transfieren y evalúan las mejores prácticas en sus contextos y medios.
- Asegurarse de que el personal que trabaja en intervenciones preventivas recibe información sobre cómo utilizar los registros existentes en sus respectivas formaciones.
- Explorar la posibilidad de trabajar con las autoridades locales, regionales o nacionales para garantizar que la financiación de las intervenciones en esta área requiera que la intervención propuesta sea coherente con las buenas prácticas recogidas en registros reconocidos como Xchange.

**ESTÁNDAR 4: LAS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN FORMAN PARTE DE UN PLAN PREVENTIVO COHERENTE A LARGO PLAZO, SE MONITOREAN ADECUADA Y CONTINUAMENTE PERMITIENDO LOS AJUSTES NECESARIOS, SE EVALÚAN Y SE DIFUNDEN LOS RESULTADOS PARA APRENDER DE LAS NUEVAS EXPERIENCIAS.**

**4.1.**

Según la **evaluación**, este estándar está mal implementado en los Estados miembros de la UE que participaron. Las intervenciones rara vez se implementan en función de las prioridades a nivel nacional, regional o local y apenas existe un sistema de financiación sostenible a largo plazo en todos los niveles. Los sistemas y planes o políticas de seguimiento, evaluación y difusión en el campo de la prevención prácticamente no existen en la mayoría de los Estados miembros de la UE participantes. La financiación no está disponible para la evaluación de resultados a cualquier nivel y rara vez hay financiación para el monitoreo y la evaluación (tanto del proceso como del resultado).

**4.2.**

De acuerdo con el **estudio de viabilidad**, las OSC implementan razonablemente bien este estándar. Algunas OSC tienen un plan de prevención a largo plazo para mantener las actividades de prevención. A menudo monitorean y evalúan los procesos, pero rara vez evalúan resultados. La mayoría de ellos cuentan con un sistema / plan de difusión.

**4.3.**

**Recomendaciones:**

Aquellas OSC interesadas en trabajar sobre este estándar, deben tomar en consideración algunos aspectos:

- Si cuentan con un plan a largo plazo, explorar la posibilidad de trabajar con las autoridades locales, regionales o nacionales para buscar la manera de conseguir apoyo y financiación para dicho plan, y así garantizar la sostenibilidad.
- Dado que las OSC que operan en esta área se ven capaces de implementar este estándar, considerar la creación de una red de OSC que puedan trabajar juntas en aspectos de monitoreo, evaluación y difusión.
- Trabajar poniendo especial énfasis en la evaluación de resultados, ya que es el área que las OSC informan que es más débil. Explorar con otros agentes interesados cómo se puede apoyar mejor la evaluación de resultados para garantizar la cobertura de las poblaciones diana con prácticas de prevención efectivas.

# REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS

**ESTÁNDAR 5: LAS MEDIDAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS INCLUYEN AUNQUE NO SE LIMITAN A MEDIDAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MUERTES OCASIONADAS POR LAS DROGAS. ESTAS MEDIDAS TIENEN OBJETIVOS REALISTAS, SON AMPLIAMENTE ACCESIBLES Y SE ADAPTAN A LAS NECESIDADES DE LAS POBLACIONES DIANA.**

## 5.4.

Según la **evaluación**, este estándar está mal implementado en los Estados miembros de la UE que participaron en el estudio. Las intervenciones basadas en la evidencia, tales como las salas de consumo supervisado de drogas (SCD) y la distribución de naloxona, constan en muy pocos países; a excepción del tratamiento de sustitución de opiáceos (TSO). También se necesitan mejoras con respecto a otras intervenciones (por ejemplo, intervenciones específicas de género, asesoramiento voluntario y pruebas de BBV). Las poblaciones diana rara vez participan activamente en el diseño, la implementación y la evaluación de la intervención (tanto del proceso como de los resultados).

## 5.5.

Según el **estudio de viabilidad**, este estándar también está poco implementado entre las OSC participantes. Las intervenciones basadas en la evidencia más frecuentes son el programa de intercambio de jeringuillas y las intervenciones de información, educación y comunicación. A menudo se evalúan las aportaciones de las poblaciones diana durante las distintas fases de intervención, a excepción de la evaluación de resultados.

## 5.6.

### Recomendaciones:

Aquellas OSC interesadas en trabajar sobre este estándar, deben tomar en consideración algunos aspectos:

- Asegurarse de que las actividades planificadas satisfagan una necesidad determinada. Es fundamental que las poblaciones diana participen en todas las fases de la evaluación de necesidades y en el diseño y evaluación de la intervención.
- En el futuro, el énfasis debería centrarse más en el desarrollo y la implementación de intervenciones tales como las SCD y la distribución de naloxona, teniendo en cuenta también las consideraciones específicas de género. Las poblaciones diana deben incluirse más frecuentemente en el diseño, la implementación y la evaluación de la intervención (tanto del proceso como de los resultados).

**ESTÁNDAR 6: SE OFRECEN INTERVENCIONES APROPIADAS, INFORMACIÓN Y DERIVACIONES DE ACUERDO CON LAS CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO, INDEPENDIENTEMENTE DE SU ESTADO DE TRATAMIENTO.****6.1.**

Según la **evaluación**, este estándar está mal implementado en los Estados miembros de la UE que participaron. En general, falta una evaluación integral y estandarizada de necesidades a todos los niveles (nacional, regional y local). Las respuestas muestran la necesidad de poner en foco en vincular las intervenciones de RHR con otras intervenciones, siempre que sea apropiado, particularmente con aquellas en las áreas de integración social, rehabilitación y servicios de recuperación. Actualmente, parece que el enfoque principal está en los vínculos con tratamientos médicos y no médicos. De acuerdo con otras áreas, los usuarios del servicio no participan demasiado en la evaluación de necesidades y el diseño de la intervención.

**6.2.**

Según el **estudio de viabilidad**, este estándar está un poco mejor implementado por las OSC participantes, excepto en lo que respecta a la implementación de una evaluación de necesidades integral y estandarizada, que rara vez parece ponerse en práctica. La aplicación, por parte de las OSC, de políticas de no exclusión también necesita mejoras. Algunas de las OSC encuestadas ofrecen o remiten a sus usuarios a otro tipo de intervenciones, especialmente tratamiento no médico. Asimismo, están bien conectadas con muchos otros servicios, incluida la integración social, la rehabilitación y la recuperación. La mayoría de OSCs cuentan con una política de no exclusión propia.

**6.3.****Recomendaciones:**

Aquellas OSC interesadas en trabajar sobre este estándar, deben tomar en consideración algunos aspectos:

- Asegurarse de que se lleve a cabo una evaluación integral de necesidades.
- Explorar la posibilidad de trabajar con otros servicios que proporcionen integración social, rehabilitación y recuperación, para colaborar en la provisión de una atención continuada a sus usuarios.
- Asegurarse de contar con una política explícita y escrita de no exclusión dentro del conjunto de políticas propias de la OSC, así como en el conjunto de políticas implementadas por los otros servicios con los que colabora.

**ESTÁNDAR 7: LAS INTERVENCIONES ESTÁN DISPONIBLES PARA TODOS AQUELLOS QUE LAS NECESITEN, INCLUSO EN SITUACIONES Y ENTORNOS DE MAYOR RIESGO.****7.1.**

Según la **evaluación**, este estándar está mal implementado en los Estados miembros de la UE que participaron. Las intervenciones rara vez se encuentran disponibles para todos aquellos que lo precisan; sin embargo, la situación mejora en cierta medida a nivel local y regional. Las intervenciones de RHR no abordan muy bien las situaciones de alto riesgo (por ejemplo, personas que usan drogas como víctimas de delitos, personas que usan drogas en las cárceles). La provisión de servicios de RHR es escasa en entornos carcelarios; además, también se necesitan mejoras en otros entornos de alto riesgo, como los espacios abiertos de consumo de drogas, el ocio nocturno y los festivales.

**7.2.**

Según el **estudio de viabilidad**, las OSC participantes implementan bien este estándar, ya que sus intervenciones están disponibles usualmente para la mayoría de usuarios necesitados.

**7.3.****Recomendaciones:**

Aquellas OSC interesadas en trabajar sobre este estándar, deben tomar en consideración algunos aspectos:

- Examinar la prestación actual de servicios y preguntarse si lo que se proporciona está disponible para todos aquellos que lo precisen y, si no, pensar en cómo se podría trabajar para expandir el acceso (mediante colaboraciones o no), particularmente en entornos de mayor riesgo.

## **ESTÁNDAR 8: LAS INTERVENCIONES SE BASAN EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE Y LA EXPERIENCIA, Y LAS FACILITA UN PERSONAL CUALIFICADO Y / O CAPACITADO (INCLUIDOS LOS VOLUNTARIOS), QUE SE PREOCUPA POR DESARROLLARSE PROFESIONALMENTE DE FORMA CONTINUA.**

### **8.1.**

Según la **evaluación**, este estándar está mal implementado en los Estados miembros de la UE que participaron. Las intervenciones rara vez son coherentes con los criterios basados en la evidencia que existen (como los proporcionados por el OEDT), a cualquier nivel (nacional, regional y local). Apenas hay educación formal y/o formación disponible en el campo de RHR. La mayoría de los profesionales en este campo dependen de opciones educativas y/o formación no formal o informal. De modo que también se necesitan mejoras en esta área, incluidas las opciones educativas y/o formación continua para asegurar un desarrollo profesional continuo.

### **8.2.**

Según el **estudio de viabilidad**, este estándar también está mal implementado por las OSC participantes. En su mayoría, no requieren educación formal y/o formación para su personal, incluidos los voluntarios, y a menudo tampoco están implicados en una educación y/o formación continua.

### **8.3.**

#### **Recomendaciones:**

Aquellas OSC interesadas en trabajar sobre este estándar, deben tomar en consideración algunos aspectos:

- Explorar la posibilidad de colaborar con las autoridades nacionales, regionales o locales con el fin de asegurar que este estándar se implemente mejor y que aquellos que están comprometidos con el trabajo de RHR estén capacitados y respaldados para hacerlo. Dada su prominencia, como conclusión del consejo, convendría que los gobiernos y las autoridades de los Estados miembros de la UE se interesasen en explorar de qué forma se puede dar mejor apoyo al trabajo en esta área; por ejemplo, acreditando y reconociendo a las OSC para poder trabajar en el campo de RHR y brindando apoyo y financiación sostenible para la educación y la formación, lo que podría mejorar significativamente las competencias y la experiencia en esta área de trabajo.
- Antes de diseñar o implementar cualquier proyecto de RHR, asegurarse de que el personal designado para llevar a cabo el trabajo cuente con el apoyo y el equipamiento adecuados, y que tenga las competencias y la experiencia necesarias para realizar el trabajo.

# TRATAMIENTO, INTEGRACIÓN SOCIAL, REHABILITACIÓN Y RECUPERACIÓN

**ESTÁNDAR 9: EL TRATAMIENTO ES APROPIADO, ESTÁ BASADO EN LA EVIDENCIA Y SE ADAPTA A LAS CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO. ASIMISMO, ES RESPETUOSO CON LA DIGNIDAD, RESPONSABILIDAD Y DISPOSICIÓN AL CAMBIO DEL INDIVIDUO.**

## 9.1.

Según la **evaluación**, este estándar está bastante bien implementado en los Estados miembros de la UE que participaron. Los usuarios están muy bien informados sobre las diferentes opciones de programas de tratamiento (por ejemplo, tratamiento a largo plazo, a corto plazo y ambulatorio, asesoramiento individual). Sin embargo, disponen de menos información sobre otras opciones, como el asesoramiento grupal y el tratamiento y la atención en la prisión. Existe una falta de información sobre programas de tratamiento específicos de género. Los usuarios a menudo participan en el diseño, implementación y evaluación del tratamiento (a excepción de la evaluación de resultados, cuya participación es menor). En general, los profesionales que ofrecen tratamiento respetan la dignidad, la responsabilidad y la disposición al cambio de los usuarios del servicio. No obstante, este aspecto del estándar es aún mejorable.

## 9.2.

Según el **estudio de viabilidad**, este estándar está bastante bien implementado entre las OSC participantes. Éstas proporcionan diferentes tipos de tratamiento para los usuarios de sus servicios, especialmente programas ambulatorios, y asesoramiento individual y grupal. Se necesitan mejoras, principalmente en el tratamiento y la atención en prisiones, y en los programas específicos de género. Las OSC participantes evalúan adecuadamente las necesidades de los usuarios durante todo el proceso del tratamiento.

## 9.3.

### Recomendaciones:

Aquellas OSC interesadas en trabajar sobre este estándar, deben tomar en consideración algunos aspectos:

- Enfocarse en aquellos aspectos del estándar que están menos implementados, como los orientados hacia el desarrollo y la promoción del tratamiento y la atención en cárceles, y el tratamiento que aborda las necesidades específicas de género.

**EST3NDAR 10: EL ACCESO AL TRATAMIENTO EST3 DISPONIBLE PARA TODOS AQUELLOS QUE LO NECESITEN Y LO SOLICITEN, Y NO EST3 RESTRINGIDO POR LAS CARACTER3STICAS Y CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O SOCIALES O LA FALTA DE RECURSOS FINANCIEROS. EL TRATAMIENTO SE BRINDA EN UN TIEMPO RAZONABLE Y EN EL CONTEXTO DE UNA ATENCI3N CONTINUADA.**

### 10.1.

Seg3n la **evaluaci3n**, en general este est3ndar se implementa muy bien en los Estados miembros de la UE que participaron. Sin embargo, el tiempo de provisi3n del tratamiento y la atenci3n continuada podr3an todav3a mejorar. Adem3s, tambi3n se precisan mejoras en la disponibilidad del tratamiento para que todos aquellos que lo necesiten realmente tengan acceso a dicho servicio, especialmente a nivel nacional y regional. Las pol3ticas de no exclusi3n se aplican principalmente para asegurar el acceso de los usuarios a los servicios, sin restricci3n por su situaci3n personal, social o financiera.

### 10.2.

Seg3n el **estudio de viabilidad**, las OSC participantes implementan muy bien este est3ndar, incluida la provisi3n de servicios en un tiempo razonable y en el contexto de una atenci3n continua. La mayor3a tambi3n dispone de su propia pol3tica de no exclusi3n respecto a la situaci3n personal, social y financiera de los usuarios del servicio.

### 10.3.

#### **Recomendaciones:**

Aquellas OSC interesadas en trabajar sobre este est3ndar, deben tomar en consideraci3n algunos aspectos:

- La importancia de centrarse en aquellos aspectos del est3ndar que est3n menos implementados, como la provisi3n del tratamiento en un tiempo razonable y en el contexto de una atenci3n continua. Ser3a beneficioso incluir estos aspectos como parte de las estrategias y planes de acci3n nacionales, regionales y / o locales.



**ESTÁNDAR 11: EN EL TRATAMIENTO Y EN LAS INTERVENCIONES DE INTEGRACIÓN SOCIAL, LOS OBJETIVOS SE ESTABLECEN PASO A PASO Y SE REVISAN PERIÓDICAMENTE; Y LAS POSIBLES RECAÍDAS SE MANEJAN ADECUADAMENTE.****11.1.**

Según la **evaluación**, este estándar está bastante bien implementado en los Estados miembros de la UE que participaron. Sin embargo, se necesitan mejoras en la revisión periódica de los objetivos de los tratamientos e intervenciones. También se necesita mejorar el manejo de las posibles recaídas en el tratamiento y las intervenciones de integración social.

**11.2.**

Según el **estudio de viabilidad**, las OSC participantes implementan muy bien este estándar, y por tanto, no requieren mejoras significativas.

**11.3.****Recomendaciones:**

Aquellas OSC interesadas en trabajar sobre este estándar, deben tomar en consideración algunos aspectos:

- La importancia de centrarse en aquellos aspectos del estándar que están menos implementados, como la revisión periódica de los objetivos a nivel nacional y/o regional, y la gestión de las posibles recaídas en el tratamiento y la integración social.

## ESTÁNDAR 12: LAS INTERVENCIONES DE TRATAMIENTO E INTEGRACIÓN SOCIAL SE BASAN EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, ESTÁN ORIENTADAS AL PACIENTE Y APOYAN EL EMPODERAMIENTO DE LOS PACIENTES.

### 12.1.

Según la **evaluación**, este estándar está bastante bien implementado en los Estados miembros de la UE que participaron. Sin embargo, todavía puede mejorarse el enfoque orientado al paciente y el apoyo a su empoderamiento.

### 12.2.

Según el **estudio de viabilidad**, las OSC participantes implementan muy bien este estándar, y por tanto, no precisan mejoras significativas.

### 12.3.

#### Recomendaciones:

Aquellas OSC interesadas en trabajar sobre este estándar, deben tomar en consideración algunos aspectos:

- Revisar los procesos y programas en marcha para asegurar que todas las intervenciones y servicios están orientados al paciente.
- Trabajar con los usuarios de los diferentes servicios para asegurar que puedan proporcionar información y comentarios sobre los servicios que utilizan.

### ESTÁNDAR 13: EL TRATAMIENTO LO PROPORCIONAN ESPECIALISTAS CUALIFICADOS Y PERSONAL CAPACITADO, QUE SE PREOCUPAN POR DESARROLLARSE PROFESIONALMENTE DE FORMA CONTINUA.

#### 13.1.

Según la **evaluación**, este estándar está bastante bien implementado en los Estados miembros de la UE que participaron. Sin embargo, se necesitan mejoras en el desarrollo de un sistema específico de cualificación relacionado con el trabajo ofrecido y la profesión practicada en todos los niveles. También se precisa mejorar la provisión de una educación y/o capacitación formal; así como la educación continua o la experiencia práctica (como la educación no formal) para los profesionales de este ámbito.

#### 13.2.

Según el **estudio de viabilidad**, este estándar está bien implementado por las OSC participantes. Sin embargo, se precisa incrementar la participación de los empleados en la educación y/o formación continua, en todos los niveles.

#### 13.3.

#### Recomendaciones:

Aquellas OSC interesadas en trabajar sobre este estándar, deben tomar en consideración algunos aspectos:

- Explorar la posibilidad de colaborar con las autoridades locales, regionales y nacionales para mejorar la educación y la formación en esta área, en especial la formación continua.
- Asegurar que cada profesional de la organización tenga su propio plan de capacitación personalizado, enfatizando su propio desarrollo profesional.
- Trabajar con otras agencias para disponer de oportunidades adicionales de formación no formal, como intercambios temporales de personal o desarrollo de trabajos en dichas agencias. Dichas actividades pueden mejorar tanto las habilidades individuales como la creación de redes de trabajo.

## **EST3NDAR 14: LAS INTERVENCIONES Y SERVICIOS DE TRATAMIENTO SE INTEGRAN DENTRO DE UNA ATENCI3N CONTINUA E INCLUYEN, CUANDO CORRESPONDE, SERVICIOS DE APOYO SOCIAL DIRIGIDOS A LA INTEGRACI3N SOCIAL DE LA PERSONA (EDUCACI3N, VIVIENDA, FORMACI3N PROFESIONAL, ASISTENCIA SOCIAL).**

### **14.1.**

Seg3n la **evaluaci3n**, este est3ndar est3 bastante bien implementado en los Estados miembros de la UE que participaron. Sin embargo, se necesita mejorar la informaci3n disponible sobre los diferentes servicios, especialmente servicios de integraci3n social, rehabilitaci3n y recuperaci3n. Tambi3n convendr3a mejorar el apoyo a los usuarios en educaci3n, vivienda, formaci3n profesional y asistencia social.

### **14.2.**

Seg3n el **estudio de viabilidad**, este est3ndar est3 bien implementado por las OSC participantes. Sus servicios est3n bien integrados dentro de un modelo de atenci3n continua y est3n dirigidos a la integraci3n social de los usuarios del servicio. Se necesitan algunas mejoras con respecto al apoyo en educaci3n, vivienda y formaci3n profesional.

### **14.3.**

#### **Recomendaciones:**

Aquellas OSC interesadas en trabajar sobre este est3ndar, deben tomar en consideraci3n algunos aspectos:

- Al igual que en otras3reas, fomentar una buena conexi3n entre diferentes servicios que facilite una atenci3n continua de los usuarios. En este sentido, las OSC podr3an considerar vincularse con otros profesionales para facilitar el acceso a servicios auxiliares, como educaci3n, vivienda, formaci3n profesional y asistencia social.

**ESTÁNDAR 15: LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO PROPORCIONAN PRUEBAS VOLUNTARIAS PARA DETECTAR ENFERMEDADES INFECCIOSAS TRANSMITIDAS POR LA SANGRE, ASESORAMIENTO CONTRA CONDUCTAS DE RIESGO Y ASISTENCIA PARA CONTROLAR ENFERMEDADES.****15.1.**

Según la **evaluación**, este estándar está bastante bien implementado en los Estados miembros de la UE que participaron. Sin embargo, se necesita una mejor provisión de pruebas voluntarias para detectar enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre, de asesoramiento contra conductas de riesgo y de asistencia para controlar enfermedades, a todos los niveles (nacional, regional y local).

**15.2.**

Según el **estudio de viabilidad**, las OSC participantes implementan muy bien este estándar, y por tanto, no precisan mejoras significativas, a excepción de la provisión de pruebas voluntarias para detectar enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre.

**15.3.****Recomendaciones:**

Aquellas OSC interesadas en trabajar sobre este estándar, deben tomar en consideración algunos aspectos:

- Garantizar el acceso a pruebas voluntarias de detección de enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre y promover dichos servicios.

## EST3NDAR 16: LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO SE MONITOREAN, Y LAS ACTIVIDADES Y LOS RESULTADOS EST3N SUJETOS A UNA EVALUACI3N INTERNA Y/O EXTERNA REGULAR.

### 16.1.

Seg3n la **evaluaci3n**, este est3ndar est3 mal implementado en los Estados miembros de la UE que participaron. Se necesitan mejoras significativas con respecto a la disponibilidad de fondos para la evaluaci3n (interna y externa) de los resultados del tratamiento, a todos los niveles (nacional, regional y local). La financiaci3n deber3a estar sistem3ticamente relacionada con el monitoreo y la evaluaci3n (del proceso y los resultados). Tambi3n se precisa desarrollar un sistema o plan de monitoreo y de evaluaci3n interna y externa a todos los niveles.

### 16.2.

Seg3n el **estudio de viabilidad**, este est3ndar est3 bien implementado por las OSC participantes. Monitorean y eval3an (proceso y resultados) regularmente, pero no reciben ninguna financiaci3n para esta actividad.

### 16.3.

#### Recomendaciones:

Aquellas OSC interesadas en trabajar sobre este est3ndar, deben tomar en consideraci3n algunos aspectos:

- Explorar la posibilidad de colaborar con las autoridades locales, regionales y nacionales para mejorar los sistemas actuales de monitoreo y evaluaci3n (tanto del proceso como de los resultados) de los servicios de tratamiento.
- Dentro de la propia organizaci3n, asegurarse de evaluar la provisi3n de sus servicios, en relaci3n a los est3ndares de buenas pr3cticas.

# CONCLUSIONES

En base a las recomendaciones específicas de cada estándar y a los resultados hallados en la evaluación y el estudio de viabilidad, resulta importante destacar las conclusiones que de ellas se derivan:

## **A) NO INVERTIR EN INTERVENCIONES INEFICACES Y PERJUDICIALES.**

Los resultados de la evaluación y el estudio de viabilidad muestran que todavía hay muchas intervenciones en el campo de la reducción de la demanda de drogas que no se llevan a cabo de acuerdo con los estándares mínimos de calidad. Los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil deben ser conscientes de ello y dejar de financiar y apoyar servicios e intervenciones ineficaces. En consecuencia, deberían invertirse más recursos en la implementación de intervenciones efectivas y basadas en la evidencia, especialmente en los campos de prevención y reducción de riesgos y daños.

## **B) EDUCACIÓN, FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO.**

Los resultados de la evaluación y el estudio de viabilidad también revelan que existe y se percibe una brecha en la educación y formación de calidad para el personal del campo de la reducción de la demanda de drogas (tanto en la formación básica como en la educación continua). Los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil deberían estudiar el valor a largo plazo de invertir en esta área, y buscar más recursos para desarrollar y mantener programas de educación y formaciones (formales y no formales) de calidad para profesionales y voluntarios en el campo de la reducción de la demanda de drogas.

## **C) MONITOREO Y EVALUACIÓN**

Según los resultados de la evaluación y el estudio de viabilidad, la cultura de evaluación es débil en el campo de la reducción de la demanda de drogas en Europa. Las autoridades que se encargan de la financiación pocas veces requieren que exista un seguimiento y evaluación (especialmente de los resultados) de los programas e intervenciones a financiar. Sin una evaluación no es posible determinar qué programas e intervenciones son efectivos y cuáles tienen un impacto significativo en el campo de la reducción de la demanda de drogas. Se aconseja a los gobiernos y a las organizaciones de la sociedad civil que inviertan más en monitoreo y evaluación, lo que mejoraría significativamente la calidad de las intervenciones y la motivación de los profesionales para continuar con un trabajo de calidad.

Sin embargo, aquellos involucrados en el monitoreo y la evaluación deben asegurarse de seleccionar los métodos de evaluación correctos y adecuados para evitar que se dedique un tiempo desproporcional a tareas evaluativas, en lugar de brindar el tiempo requerido a la prestación de servicios. Por lo tanto, se debe establecer un equilibrio entre el tiempo necesario para proporcionar un servicio de calidad y realizar un monitoreo y evaluación eficientes.

## **D) FINANCIACIÓN SOSTENIBLE ASOCIADA A LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTÁNDARES**

Según los resultados de la evaluación y el estudio de viabilidad, apenas hay financiación sostenible para programas e intervenciones en el campo de la reducción de la demanda de drogas. Se aconseja a los gobiernos (nacionales, regionales y locales) que relacionen los programas de financiación con la implementación de los estándares mínimos de calidad y que, al mismo tiempo, inviertan más recursos para mejorar la capacidad de las OSC (técnicas y financieras) para cumplir con estos estándares.

Sin una financiación sostenible, una mejora del conocimiento y la capacidad del personal, y una cultura de monitoreo y evaluación apropiada, no podemos esperar avances y desarrollos significativos en el campo de la reducción de la demanda de drogas.

## ESTE DOCUMENTO HA SIDO ELABORADO Y EDITADO POR:

- **Matej Košir**, Institute for Research and Development “Utrip”, Eslovenia
- **Mariangels Duch**, IREFREA, España
- **Maite Kefauver**, IREFREA, Spain
- **Marcus Keane**, Ana Liffey Drug Project, Ireland
- Miembros del **PT4 del CSFD**



Este informe se ha desarrollado en el marco del Proyecto europeo del Foro de la Sociedad Civil sobre Drogas, el cual está financiado por la Comisión Europea, DG Home.

### Más información en:

[www.civilsocietyforumondrugs.eu](http://www.civilsocietyforumondrugs.eu)

© Civil Society Forum on Drugs, January 2020



Supported by the



Criterios y recomendaciones  
Para la implementación de  
Estándares Mínimos de Calidad  
entre las organizaciones de la  
sociedad civil (OSC)

Version: v1.0 // Jan 2020



# GLOSARIO

<b>BBV</b>	Tratamiento de virus transmitidos por la sangre (Blood-borne virus treatment - BBV)
<b>CSFD</b>	Foro de la Sociedad Civil sobre Drogas (Civil Society Forum on Drugs - CSFD)
<b>OSC</b>	Organización de la sociedad civil
<b>SCD</b>	Salas de consumo supervisado de droga
<b>IBE</b>	Intervenciones basadas en la evidencia
<b>OEDT</b>	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA)
<b>HNT</b>	Healthy Nightlife Toolbox
<b>ONG</b>	Organizaciones no gubernamentales
<b>TSO</b>	Tratamiento de sustitución de opiáceos
<b>RHR</b>	Reducción riesgos y daños (Risk and harm reduction - RHR)
<b>UE</b>	Unión Europea



# **Criterios y recomendaciones para la implementación**



**para la implementación de estándares mínimos de calidad  
entre las organizaciones de la sociedad civil (OSC)**

