



REVISIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS EVIDENCIAS DISPONIBLES, LAS POLÍTICAS Y LOS PROGRAMAS DE INCORPORACIÓN SOCIAL DE ADICCIONES

LORENZO SÁNCHEZ PARDO
Consultoría, Estudios y Gestión de Proyectos S.L.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

AGRADECIMIENTOS:

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas quiere agradecer su contribución en esta publicación a los/las coordinadores/as de los departamentos autonómicos de adicciones y sus profesionales de incorporación social.

COORDINACIÓN:

Esther Anaya González. Jesús Morán Iglesias. Rosario Sendino Gómez
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad.

AUTOR:

Lorenzo Sánchez Pardo. Director Técnico de Consultoría, Estudios y Gestión de Proyectos S.L.

CITA RECOMENDADA:

Sánchez Pardo, L. *Revisión de la situación actual de las evidencias disponibles, las políticas y los programas de incorporación social de adicciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2024. 114 p.

EDITA Y DISTRIBUYE:

© MINISTERIO DE SANIDAD

Centro de Publicaciones

© SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO: 133-24-041-6

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado: <https://cpage.mpr.gob.es>

REVISIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS EVIDENCIAS DISPONIBLES, LAS POLÍTICAS Y LOS PROGRAMAS DE INCORPORACIÓN SOCIAL DE ADICCIONES

LORENZO SÁNCHEZ PARDO

Consultoría, Estudios y Gestión de Proyectos S.L.

ÍNDICE

1. ASPECTOS CONCEPTUALES Y EVIDENCIAS CIENTÍFICAS EN TORNO A LOS PROCESOS DE EXCLUSIÓN SOCIAL	7
1.1. Modelos teóricos y procesos de exclusión social	8
1.1.1. El reto de definir lo complejo	8
1.1.2. Las dificultades para medir y operativizar la exclusión social	10
1.1.3. La relación entre exclusión social y salud	11
1.2. Modelos teóricos en el ámbito de la incorporación social en adicciones	11
1.3. Hechos bien asentados sobre procesos de incorporación social y adicciones	13
1.4. Evidencia disponible sobre los programas de incorporación social	15
1.4.1. Intervenciones con base en la evidencia	15
1.4.2. Evidencia disponible acerca de las intervenciones en materia de incorporación social en adicciones	18
2. LOS PROCESOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL EN LAS ESTRATEGIAS Y PLANES DE ACCIÓN EN ADICCIONES	23
2.1. La incorporación social en las Estrategia 2021-2025 de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD)	24
2.2. La incorporación social en las Estrategias Hemisférica 2020 y el Plan Hemisférico sobre Drogas 2021-2025 de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)	24
2.3. La incorporación social en la Estrategia y Planes de Acción de Lucha Contra la Droga de la Unión Europea (UE)	25
2.4. La incorporación social en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y en el Plan de Acción 2021-2024	27
3. POLÍTICAS DE LAS COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS EN MATERIA DE INCORPORACIÓN SOCIAL EN ADICCIONES	29
3.1. Diversidad de políticas y de modelos organizativos	30
3.2. Normativa legal sobre incorporación social en adicciones	31
3.3. La incorporación social en las estrategias y planes autonómicos sobre adicciones	45
3.4. La perspectiva de género en las políticas en materia de incorporación social en adicciones	47
3.4.1. Referencias a la perspectiva de género en las leyes autonómicas sobre drogas y adicciones	47
3.4.2. Referencias a la perspectiva de género en las estrategias y planes sobre drogas y adicciones	48
3.4.3. Inclusión de la perspectiva de género en los programas y servicios de incorporación social específicos para población con adicciones	52

4. POLÍTICAS GENERALES DE LAS COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS EN MATERIA DE INCORPORACIÓN SOCIAL	54
4.1. Leyes autonómicas de servicios sociales y/o reguladoras del derecho a la inclusión social	56
4.1.1. Leyes autonómicas de servicios sociales	56
4.1.2. Leyes autonómicas reguladoras del derecho a la inclusión social	60
4.2. Estrategias y planes de las comunidades y ciudades autónomas en materia de inclusión social	62
4.3. Carteras de servicios sociales en materia de incorporación social	63
5. MODELOS ORGANIZATIVOS Y DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL	65
5.1. Responsabilidad de la dirección y planificación de los programas y servicios de incorporación social	66
5.2. Disponibilidad de modelos escritos de gestión de los procesos de incorporación social	67
5.3. Naturaleza de los modelos aplicados por las Comunidades y Ciudades Autónomas para el abordaje de los procesos de Incorporación Social de la población con trastornos adictivos	68
5.4. Acuerdos estables de coordinación entre consejerías o servicios implicados en los procesos de incorporación social	72
5.5. Oferta de programas y servicios de incorporación social específicos para personas con adicciones	72
5.6. Gestión y financiación de los programas y servicios de incorporación social específicos para personas con adicciones	75
5.7. Sistemas de información de los programas y servicios de apoyo a la incorporación social en adicciones	79
6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN	83
6.1. Conclusiones	84
6.2. Propuestas de actuación	85
7. RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS	86
8. ACRÓNIMOS	91
ANEXO I	93
FICHA SOBRE LAS POLÍTICAS EN MATERIA DE INCORPORACIÓN SOCIAL EN ADICCIONES APLICADAS EN LAS DIFERENTES COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS	
ANEXO II	102
FUNCIONES ASIGNADAS POR LAS LEYES AUTONÓMICAS DE SERVICIOS SOCIALES A LOS SERVICIOS SOCIALES DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL, RELACIONADAS CON LA INCORPORACIÓN SOCIAL	
ANEXO III	111
DEPENDENCIA ORGÁNICA DE LOS DEPARTAMENTOS RESPONSABLES DE LA DIRECCIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL	

PRÓLOGO

La puesta en marcha de programas y servicios de apoyo a los procesos de incorporación social de las personas con trastornos adictivos, adaptados a sus necesidades y perfiles es uno de los principales retos de las políticas que se vienen aplicando en el campo de las adicciones.

A nivel técnico se plantea la necesidad de desarrollar modelos teóricos que contribuyan a avanzar en la comprensión y conceptualización de los procesos de exclusión e incorporación social. También hace falta mejorar la implantación real de las intervenciones, y mejorar la gestión de la calidad. Por otra parte, en el plano político-institucional es preciso establecer modelos de actuación comunes para apoyar los procesos de incorporación social de las personas con adicciones, en línea con los objetivos de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y la acción específica establecida en el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-24.

Para avanzar en la superación de estos retos, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas se planteó la necesidad de un estudio que permitiera contar con una visión actualizada de las políticas y los programas que vienen impulsando las diferentes Comunidades y Ciudades Autónomas en esta materia, así como de la evidencia disponible en torno a los programas y servicios de apoyo a la incorporación social en adicciones. Sus resultados muestran la necesidad de conseguir más datos científicos acerca de las intervenciones realizadas hasta la fecha, para favorecer los procesos de incorporación social de las poblaciones en situación o riesgo de exclusión social y, particularmente, de las personas con trastornos adictivos. Asimismo, ponen de relieve la diversidad de las políticas y de los modelos organizativos y de gestión que aplican las comunidades y ciudades autónomas de nuestro país para atender las necesidades de incorporación social de la población con adicciones, caracterizados por el mayor o menor protagonismo atribuido a los programas y servicios específicos o a los de carácter generalista.

Algunas de las conclusiones y propuestas de actuación que se incluyen en este estudio, como la necesidad de mejorar el diseño de los servicios y programas de apoyo a los procesos de incorporación social en adicciones y el rigor metodológico en su desarrollo y evaluación, son plenamente compartidas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Solo de este modo estaremos en condiciones de generar una base de conocimiento científico que oriente las estrategias e intervenciones a promover en este ámbito.

Desde la Delegación consideramos necesario avanzar en la implicación de los servicios generalista de protección social, particularmente de los sistemas autonómicos de servicios sociales y de empleo, y en la satisfacción de las necesidades y demandas cambiantes de la población con trastornos adictivos, en línea con lo establecido por el vigente marco jurídico-administrativo. En este sentido resulta fundamental el establecimiento de mecanismos y estructuras de coordinación que permitan el trabajo en red entre los servicios de tratamiento de las adicciones, los diferentes sistemas de protección social y los servicios y programas de apoyo a la incorporación social, de modo que aseguren la continuidad de los apoyos a las personas con adicciones.

Por último, es necesario generar respuestas dirigidas a aquellos grupos de personas especialmente vulnerables, como por ejemplo las mujeres con adicciones o las personas con patología dual, que afrontan dificultades aún mayores a la hora de acceder a los programas de incorporación social, o que no encuentran en los recursos existentes respuestas adaptadas a sus necesidades, intereses y potencialidades.

Joan Ramón Villalbí Hereter

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

1. ASPECTOS CONCEPTUALES Y EVIDENCIAS CIENTÍFICAS EN TORNO A LOS PROCESOS DE EXCLUSIÓN SOCIAL

1.1. Modelos teóricos y procesos de exclusión social

1.1.1. El reto de definir lo complejo

La exclusión social es un fenómeno complejo, caracterizado por su naturaleza multifactorial y multidimensional, su carácter dinámico y por las complejas interacciones existentes en torno a las diferentes dimensiones o dominios implicados o afectados en los procesos de exclusión social, de modo que un determinado dominio puede actuar como determinante, indicador o resultado de la exclusión social (Macleod et al., 2019).

Es precisamente la complejidad del fenómeno la que explica la ausencia de una definición compartida de la exclusión social, las dificultades existentes para desarrollar modelos teóricos capaces de describir las interacciones entre las múltiples dimensiones que convergen en estos procesos y la escasa evidencia empírica disponible sobre el tema. De hecho, las revisiones de la literatura sobre exclusión e inclusión social se centran, mayoritariamente, en su conceptualización, en la identificación de las dimensiones o dominios implicados y/o afectados en estos procesos, en su operacionalización y en la identificación o el diseño de instrumentos para su medición.

La inexistencia de una definición compartida y de un modelo teórico comprehensivo de los procesos de exclusión e inclusión social no significa que no existan marcos teóricos desde los cuales aproximarse a estos procesos. Los distintos marcos conceptuales que se utilizan para definir la exclusión pueden agruparse en dos grandes categorías:

- Los que consideran la “exclusión social” como sinónimo de pobreza, centrándose fundamentalmente en la dimensión económica de la exclusión;
- los que brindan una concepción holística de la exclusión social, en la que se destaca la relevancia de todas las dimensiones relacionadas con la exclusión, más allá de la económica.

Los modelos teóricos que apuestan por una concepción integral de la exclusión social vinculan la misma al sentido de pertenencia a una comunidad, a la expectativa de que cada integrante de una comunidad tenga los mismos derechos, beneficios, responsabilidades y oportunidades para contribuir que el resto de sus integrantes. Negar el acceso o impedir el ejercicio de estos derechos excluye a esa persona de la plena participación social, dando lugar a la exclusión social. En este sentido, la exclusión social ha sido definida como un proceso complejo y multidimensional, que implica la falta o negación de recursos, bienes, servicios y de derechos y la incapacidad de participar en las relaciones y actividades normales, disponibles para la mayoría de las personas en la sociedad, ya sea en los ámbitos económico, social, cultural o político. Afecta tanto a la calidad de vida de las personas como a la equidad y cohesión de la sociedad en su conjunto (Levitas et al., 2007).

El concepto de exclusión es por definición multidimensional, en la medida que la exclusión social afecta a muy diversas esferas de la vida de las personas. Por este motivo las situaciones de exclusión se definen habitualmente como la acumulación de dificultades en los ámbitos que normalmente determinan la inclusión de una persona en la sociedad: empleo, vivienda, salud, educación, relaciones personales, participación política y social, recursos económicos, etc.

El número de factores acumulados, su combinación y la forma en la que se retroalimentan determinan un mayor o menor grado de vulnerabilidad, situando a las personas en uno u otro extremo del continuo entre la inclusión y la exclusión social, dependiendo de los recursos psicológicos, físicos y sociales de que disponga. La vulnerabilidad es por tanto una consecuencia de la desventaja estructural y personal, donde determinados factores sociales, económicos, culturales o biológicos condicionan decisiones y comportamientos individuales (Sánchez, 2013).

Existe un alto grado de consenso respecto a las características que vertebran los procesos de exclusión social, entre las que destacan (Subirats et al, 2005):

1. La exclusión es estructural, resultado de una determinada estructura social, política, cultural y económica.
2. La exclusión es relativa. Se produce en una sociedad concreta; por ello, para juzgar si una persona está o no excluida, hay que contemplarla en relación con el contexto social en el que vive, no de forma aislada.
3. La exclusión es dinámica. Se trata de un proceso o conjunto de procesos que presentan una geometría variable, y que afectan de forma cambiante a personas y colectivos. La distribución de riesgos sociales, en un contexto social donde las certidumbres y los anclajes de seguridad se han visto erosionados (Bauman, 2007), se vuelve más compleja y generalizada, pudiendo trasladar hacia zonas de vulnerabilidad o de exclusión a personas y colectivos, en momentos muy diversos de su ciclo vital (las fronteras de la exclusión son móviles y fluidas).
El que la exclusión sea un proceso implica que no puede entenderse como una condición estática e inmutable en el tiempo, ni hablar de exclusión en términos binarios (estar o no excluidos).
Numerosos autores (Sen, 2000; Tezanos, 2001; Castel, 2004) consideran la inclusión y la exclusión social como un continuo, aunque no lineal, sometido a la influencia de múltiples factores que actúan a favor de la inclusión o la exclusión, en el que las personas se sitúan a lo largo de su trayectoria vital en posiciones más o menos cercanas o alejadas de dichos extremos.
4. La exclusión es multifactorial y multidimensional. La exclusión social no se explica con arreglo a una única causa, ni tampoco sus consecuencias son únicas: se presenta como un fenómeno poliédrico, resultado de un cúmulo de circunstancias desfavorables, a menudo fuertemente interrelacionadas.
La complejidad de la exclusión y sus múltiples vertientes impiden un tratamiento unidimensional y sectorial de la misma, requiriendo de abordajes integrales en su definición y horizontales o transversales en sus procesos de gestión.
5. La exclusión es una cuestión política. Puesto que la exclusión social es estructural, es posible abordarla de forma estratégica, a través de políticas que promuevan prácticas de inclusión. En la mayoría de las ocasiones, la exclusión social es el resultado de políticas ineficaces.

Un aspecto vinculado a la exclusión social no tratado con la profundidad necesaria es la influencia de determinados eventos claves de la vida o los factores asociados al ciclo vital desempeñan en los procesos de exclusión, un aspecto que adquiere una relevancia especial en el ámbito de las adicciones. Ciertos eventos de la vida pueden conducir a la exclusión social (muerte de familiares, aparición de problemas de salud, salida del mercado laboral, etc.) y si bien pueden ocurrir a cualquier edad, son más probables que ocurran en la vida adulta, lo que explica el aumento de la vulnerabilidad de la población adulta mayor (Phillipson y Scharf 2004). El aumento de la prevalencia de la exclusión en etapas posteriores de la vida puede reflejar una acumulación de factores contribuyentes a lo largo de la vida, combinados con menos oportunidades para que las personas mayores salgan de la exclusión en comparación con otros grupos de edad (Walsh, Scharf y Keating 2017).

Del mismo modo, cabe apuntar que, si bien tanto mujeres como hombres pueden verse afectados por procesos de exclusión social, las desigualdades e inequidades de género, hacen que las mujeres sean mucho más vulnerables a estos procesos (Brady y Kall 2008; Aguilar, 2011; Damonti, 2014; Dahlberg et al., 2020).

1.1.2. Las dificultades para medir y operativizar la exclusión social

Aunque la literatura científica acredita de forma nítida que la exclusión social es un proceso multidimensional, es menos conocida la forma en que interactúan estas dimensiones, así como los factores que atenúan o exacerban este proceso. Por ello la prioridad de las investigaciones que se llevan a cabo en la actualidad se centra en operativizar la exclusión social, identificando las dimensiones o dominios implicados en la exclusión social, y en identificar y describir las interacciones existentes entre las distintas dimensiones y factores asociados a la exclusión.

Aunque las experiencias de exclusión social pueden limitarse a una sola dimensión, la investigación revela que la exclusión en un dominio aumenta el riesgo de experimentar exclusión en otros (Barnes et al., 2006; Becker y Boreham 2009). Las personas excluidas (particularmente de las relaciones sociales, las actividades culturales, los servicios locales, la vivienda digna y el transporte) tienen más probabilidades de experimentar una peor calidad de vida (Kneale, 2012) y las consecuencias pueden ser particularmente graves para aquellas que experimentan exclusión múltiple (Barnes et al., 2006).

Hasta la fecha se han formulado distintas propuestas para operativizar la exclusión social, con una gran variabilidad en el número y tipo de dimensiones consideradas. Diversos autores españoles (Malgesini y García 2000; Tezanos, 2001; Subirats et al., 2004) han identificado distintos ámbitos y factores generadores de exclusión, entre los que se incluyen la dimensión económica, laboral, formativa-educativa, sanitaria, familiar, socio-relacional, vivienda/ambiental, político-institucional y personal.

Existen marcos teóricos que no solo identifican las dimensiones o dominios en los que las personas experimentan exclusión, sino que conceptualizan los dominios como determinantes, indicadores y, en algunos casos, resultados de la exclusión social. La propuesta realizada por Macleod et al. (2019) incluye siete dominios: 1) Prestación y acceso a servicios, 2) Relaciones sociales y recursos, 3) Participación cívica, 4) Recursos económicos, financieros y materiales, 5) Medio ambiente y vecindad, 6) Salud y bienestar y 7) Discriminación. El dominio “relaciones sociales y recursos” representa las interacciones cercanas dentro del entorno inmediato de un individuo, mientras que la participación cívica incluye un compromiso más amplio a nivel comunitario y social.

La naturaleza interactiva de estos dominios implica que no exista una relación unidireccional simple entre ellos (Levitas et al., 2007; Walsh, O'Shea y Scharf 2012), y que cada dominio puede actuar como determinante, moderador o resultado de la exclusión, además de utilizarse como indicador de la exclusión en sí misma. En la propuesta de Macleod et al., los dominios “Relaciones sociales y recursos”, “Recursos económicos, financieros y materiales”, “Medio ambiente y vecindad”, “Salud y bienestar” y “Discriminación” son considerados como determinantes de la exclusión social, mientras que el dominio “Salud y el bienestar” sería además de determinante resultado de la exclusión. Por su parte, todos los dominios actuarían como moderadores de la exclusión social.

Si bien este modelo se centra en los factores de riesgo a nivel micro, el riesgo de exclusión social también depende de una serie de factores a nivel macroeconómico, como la situación del mercado laboral y la política social, que proporcionan un contexto social en el que se produce la exclusión social (Bradshaw et al., 2004).

1.1.3. La relación entre exclusión social y salud

La exclusión social es una de las fuerzas impulsoras de las desigualdades en salud (WHO, 2010). La Organización Mundial de la Salud define la exclusión social como “una serie de procesos multidimensionales dinámicos impulsados por relaciones de poder desiguales que interactúan en cuatro dimensiones principales: económica, política, social y cultural, y en diferentes niveles, incluidos el individual, familiar, grupal, comunitario, nacional y global”. Estos procesos pueden conducir a un estado de exclusión social caracterizado por una acumulación de privaciones en múltiples dimensiones (Popay et al., 2008; Vrooman y Hoff 2013).

La direccionalidad de la relación entre exclusión social y salud no parece estar clara. Mientras que algunos autores consideran la exclusión social como una causa de salud adversa, otros consideran la exclusión social una consecuencia de una salud adversa. Las vías que vinculan la exclusión social con la mala salud son complejas y diversas. La exclusión incluye privaciones en áreas como las relaciones sociales, los recursos materiales, el acceso a los servicios de salud y la vivienda, que son en sí mismas determinantes conocidos de la salud. Además, las vías que conducen a la mala salud pueden ocurrir a través de la causalidad directa e indirecta, así como a través de la causalidad inversa. La experiencia de exclusión, por ejemplo, se asocia a una baja posición social, sentimientos de alienación y falta de pertenencia que pueden afectar directamente a la salud y el bienestar. También la exclusión puede dar lugar a otras privaciones, por ejemplo, malas condiciones de trabajo o una deficiente alimentación, que contribuyen a la mala salud. La causalidad inversa se produce cuando la mala salud y la discapacidad generan y refuerzan procesos de exclusión.

Una reciente revisión sistemática (Van Bergen et al., 2019) reveló que en la población general la exclusión social se asocia con una salud mental y general adversa, mientras que para la salud física la evidencia no fue concluyente.

1.2. Modelos teóricos en el ámbito de la incorporación social en adicciones

Un elemento característico de los programas de incorporación social (en lo sucesivo IS) para población con trastornos adictivos que se desarrollan en la actualidad en España es su limitado soporte teórico-conceptual y la escasez de referencias acerca de las evidencias que justifican el uso de determinadas estrategias de intervención.

Son diversas las razones que explican esta limitación de modelos teóricos propios en materia de IS en adicciones, o de adaptaciones de modelos generales a este ámbito, capaces de explicar los procesos que están detrás de las situaciones de exclusión social que afectan a buena parte de las personas con trastornos adictivos y los factores que facilitan o impiden su incorporación social:

- algunos de los motivos son comunes para el conjunto de programas y servicios diseñados para combatir la exclusión social en diversos ámbitos y estarían relacionadas, fundamentalmente, con las dificultades de conceptualización de los procesos de exclusión-inclusión social y la operativización de los mismos;
- otros son específicos del ámbito de las adicciones.

Dentro de esta última categoría el factor que mayor relevancia tiene en la ausencia de marcos teóricos desde los cuales abordar la exclusión-inclusión social de las personas con adicciones sería la visión que mantienen muchas de las instituciones y profesionales responsables del diseño e implementación de las políticas en materia de incorporación social en adicciones, sustentada en la

consideración de la incorporación social como una fase inherente a los programas de tratamiento. En consecuencia el marco teórico-conceptual de los programas e intervenciones destinadas a facilitar los procesos de incorporación social sería el mismo que el de los programas de tratamiento. Una visión que, al margen de otras consideraciones, explica el escaso soporte conceptual y base en la evidencia con que cuentan los programas de incorporación social en adicciones, dadas las escasísimas referencias de los grandes modelos teóricos que sustentan los programas de tratamiento (Modelos Biomédico y Biopsicosocial) a los procesos de exclusión-inclusión social.

A pesar de estas carencias es posible identificar algunos referentes teóricos que subyacen en los programas de incorporación social en adicciones, que podrían agruparse en las siguientes categorías, las tres primeras de ellas ya descritas en el apartado precedente, por lo que nos centraremos en las relaciones entre la exclusión social y las adicciones:

- a. relacionados con la conceptualización de los procesos de exclusión social;
- b. relacionados con los mecanismos generadores de exclusión social;
- c. relacionados con las interacciones existentes entre las diferentes dimensiones y factores asociados a la exclusión social;
- d. referentes teóricos sobre la relación entre exclusión social y las adicciones.

La literatura científica describe de manera reiterada la estrecha relación existente entre la exclusión social y los trastornos adictivos, particularmente los relacionados con el uso de sustancias. Una relación que tiene carácter bidireccional, puesto que la exclusión actúa como factor de riesgo para la aparición de adicciones, en tanto que las adicciones son un factor de riesgo de exclusión social.

No obstante, no existe una relación causal entre drogodependencia y exclusión, dado que la exclusión social no afecta a todas las personas consumidoras de drogas (Tomas, 2001), por más que lo habitual sea que el deterioro social, psicológico y orgánico asociado al abuso/dependencia de las drogas lleve a los consumidores a situaciones de exclusión social.

La naturaleza bidireccional de la exclusión social y las adicciones implica que tratar de forma efectiva los trastornos adictivos facilitaría la reducción del riesgo de exclusión o la superación de este proceso, del mismo modo que la reducción de la exclusión facilitaría el tratamiento y superación de las adicciones, así como la prevención de recaídas.

Entre los modelos teóricos que mayor influencia tienen como soporte de los programas de IS en adicciones se incluyen el Modelo Ecosistémico y el Modelo Biopsicosocial.

El postulado básico del Modelo Ecosistémico (Bronfenbrenner, 1979) es la progresiva y mutua acomodación entre un ser humano activo, que está en proceso de desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que se desenvuelve, concepto este último que abarca las interconexiones entre distintos entornos y las influencias que sobre ellos se ejercen desde entornos más amplios. Entre las implicaciones a nivel práctico de este modelo destacan:

- la necesidad de potenciar las características personales que permitan una adaptación y/o modificación del entorno, según las necesidades de cada persona;
- la necesidad de intervenir en todos los niveles, desde el personal hasta el macrosocial, para potenciar los factores protectores y minimizar los factores de riesgo de exclusión.

El Modelo Biopsicosocial (Engel, 1977) concibe las adicciones como conductas reguladas por factores biológicos, psicológicos y sociales, destacando que la conducta adictiva no es una condición crónica del individuo, sino el resultado de la interacción de determinantes psicológicos, biológicos

cos y sociales en un momento dado, que ejercen una influencia diferencial en cada sujeto. Entre las implicaciones de carácter práctico de este modelo destacan las siguientes:

- el tratamiento de las adicciones debe tomar en consideración no sólo al individuo, sino también la familia y a su entorno social más próximo;
- el tratamiento de las adicciones debe complementarse con la atención a los problemas sanitarios, sociales y psicológicos que presenten los pacientes;
- existen distintas etapas en el tratamiento de las adicciones, en consonancia con la historia natural de la adicción;
- el proceso de IS lo realiza la persona con trastornos adictivos con el acompañamiento y apoyo social necesario, correspondiendo a los profesionales que colaboran en el mismo una labor de acompañamiento y asesoramiento, dirigida a ayudar a la persona afectada a hacer un buen uso de sus propias capacidades.

Recientes investigaciones que han explorado los vínculos entre la exclusión social y el uso de sustancias y la adicción (Wessellmann y Parris, 2021) destacan que las situaciones de exclusión social provocan sensaciones de dolor, emociones desagradables (ira, tristeza, etc.) y amenazan las necesidades psicológicas centrales más allá de la pertenencia, como las necesidades de autoestima positiva, control y existencia significativa percibida. Las personas excluidas a menudo experimentan soledad y desarrollan ansiedad social y, en el caso de la exclusión crónica altos niveles de síntomas depresivos, impotencia, alienación y falta de sentido existencial percibida (Riva et al., 2017).

En el caso de las personas pertenecientes a colectivos (doblemente) estigmatizados se incrementan las probabilidades de experimentar exclusión crónica (Kurzban y Leary, 2001), particularmente entre personas con trastornos mentales, donde el estigma de la enfermedad mental puede exacerbar los síntomas, desencadenando un ciclo de exclusión adicional (Reinhard et al., 2020).

Numerosas investigaciones han establecido correlaciones entre esta sintomatología vinculada a las situaciones de exclusión basada en el estigma (traumas, problemas emocionales, soledad, etc.) y el uso indebido de sustancias y las adicciones (SAMHSA 2014; Roberts et al., 2015; Scheim et al., 2017; Bacon y Engerman 2018). En general estos estudios sugieren que las personas usan sustancias para adormecer el dolor generado por la exclusión social.

1.3. Hechos bien asentados sobre procesos de incorporación social y adicciones

La ausencia de modelos teóricos capaces de explicar las relaciones entre los procesos exclusión/inclusión social y las adicciones, así como de marcos operativos que establezcan los procesos a desarrollar en este ámbito, no implica que no existan referentes teóricos capaces de orientar las intervenciones de apoyo a la IS de las personas con trastornos adictivos. Se trata de una serie de principios o criterios de intervención que cuentan con un amplio consenso entre profesionales y organizaciones que trabajan en el campo de la IS, sustentados en la reflexión crítica de la práctica, que actúan a modo de “Hechos bien asentados en la incorporación social de las personas con trastornos adictivos”, entre los que se incluyen (Sánchez, 2013; CICAD, 2021):

1. La exclusión social se define como un proceso multidimensional, multicausal, dinámico y de carácter estructural, que implica menoscabo y distanciamiento de los valores, polos de poder y recursos en determinadas personas, grupos y comunidades, respecto a los que disfruta la mayoría de la ciudadanía de su país. Esta circunstancia les sitúa en condición de desventaja social, con carencia de recursos y violación de los derechos fundamentales, como es el acceso a

- la justicia, al mercado laboral, a la educación, a los sistemas de salud y protección social, entre otros, que no hacen posible una participación y una ciudadanía social plena (EMCDDA, 2003).
2. El concepto de exclusión social incluye, además de conceptos pobreza o marginación, cuestiones como la participación del individuo en la sociedad y en el desarrollo de la comunidad a la que pertenece, así como el acceso a los derechos humanos y a los bienes y servicios.
 3. La exclusión social vinculada al consumo problemático de drogas se asocia con un bajo nivel de educación, el abandono escolar precoz, el desempleo, los bajos salarios y los trabajos precarios, una renta baja y deudas, la inseguridad de la vivienda y la falta de domicilio, la mortalidad y las enfermedades relacionadas con las drogas, las dificultades para acceder a la atención médica y los estigmas sociales (Pascual y Pascual 2017).
 4. La promoción de la inclusión social ha de ser un proceso que asegure que todas las personas tengan las oportunidades y los recursos necesarios para participar plenamente y de manera igualitaria en la vida económica, social y política de su respectivo país, así como para disfrutar de unas condiciones de vida dignas. El objetivo de la inclusión social es precisamente mejorar de manera integral las condiciones de vida de las personas, para ofrecerles las mismas oportunidades educativas, sanitarias, laborales y económicas de las que disfruta el resto de la sociedad.
 5. La IS debe entenderse como un proceso de ayuda con apoyo personalizado dirigido a personas que se encuentran en recuperación por adicción a drogas y que requieren apoyo, orientación, asesoría y/o acompañamiento para potenciar sus competencias personales, sociales y laborales.
 6. La IS persigue conseguir una serie de cambios en la persona que le permitan posicionarse en las dinámicas, relaciones y espacios de la comunidad o sociedad, para lo que la sociedad también debe generar transformaciones que favorezcan procesos inclusivos.
 7. La integración sociolaboral, además de contribuir a esos cambios, se centra en potenciar las habilidades y conocimientos de la persona y en el desarrollo de recursos para incrementar su empleabilidad y ocupabilidad. Por ello se considera un proceso clave para sostener la recuperación y potenciar el crecimiento personal, potenciando la autonomía y el posicionamiento del individuo como miembro activo de su sociedad, dado que el trabajo es un factor fundamental para el desarrollo de un modo de vida digno, autónomo e independiente.
 8. En consonancia con la naturaleza multicausal y multidimensional de los procesos de exclusión, los programas de IS deben incluir estrategias de intervención amplias, que incidan simultáneamente a nivel individual (mejorando las aptitudes y actitudes de las personas de cara a su IS), microsocial (creando condiciones favorecedoras de los procesos de IS en el entorno próximo de los beneficiarios de los programas) y macrosocial (modificando las percepciones sociales dominantes sobre las adicciones y las personas con problemas de exclusión y otros factores estructurales generadores de exclusión).
 9. La multicausalidad de la exclusión y las múltiples dimensiones afectadas requieren de un abordaje integral, que no se centre exclusivamente en la inserción laboral, por más que ésta se considere el mecanismo básico de inclusión social y protección frente a la pobreza. Las intervenciones de apoyo a los procesos de IS requieren de intervenciones que incidan simultáneamente en todos los ámbitos o dimensiones de la vida de las personas en riesgo y/o situación de exclusión social (relaciones familiares y sociales, salud, educación, empleo, situación jurídico-penal, etc.).
 10. Para una efectiva integración social, resulta fundamental la reconstrucción de un ámbito de relaciones sociales normalizadas, un proceso que trasciende a la superación de la adicción y al acceso al mercado de trabajo (CICAD, 2011).
 11. La IS no es un proceso lineal, sino una sucesión de aproximaciones graduales y sucesivas. Las fases o etapas por las que transita cada sujeto en su camino para lograr su IS, la rapidez con la que progrese en su recorrido, los objetivos a conseguir en cada una de las fases y los posibles “retrocesos” en el proceso dependerán de sus características personales y de su contexto micro y macro social, así como del conjunto de recursos que participen y apoyen este proceso.

12. Para que las personas con adicciones progresen con éxito en su IS deben cumplirse dos condiciones (Funes, 1995):
 - a. en todas las fases, desde la de consumo activo y/o exclusión a la de la integración satisfactoria, deben existir profesionales y recursos que acojan, orienten y realicen un seguimiento de la persona;
 - b. que la persona inmersa en un proceso de integración social encuentre en su comunidad de referencia recursos adaptados a sus necesidades y a los diferentes momentos por los que va pasando en su evolución. Estos recursos deben estar coordinados entre sí ("redes articuladas de ocasiones para cambiar").
13. Los programas de IS deben adecuarse a las características de una realidad social cambiante y, en particular, al marco jurídico e institucional vigente en cada momento, el que se establecen las políticas y los recursos existentes en cada momento.
14. Los procesos de IS deben estar centrados en la persona. Ello implica no sólo la adecuación de los servicios prestados a las necesidades individuales específicas y a la fase del proceso de IS en la que se encuentre cada persona, sino también garantizar la participación del individuo, y de su entorno más cercano, en la definición de los objetivos y los contenidos de las intervenciones que van a ser desarrolladas, así como en su evaluación (COPOLAD, 2014).
15. Los procesos de rehabilitación y de IS se refuerzan mutuamente. La IS comienza y se desarrolla en paralelo a la rehabilitación (la incorporación social es un proceso transversal).
16. Los procesos de IS deben operativizarse, incluyendo objetivos operativos y evaluables e intervenciones capaces de asegurar el logro de esos objetivos.
17. La IS es un proceso individualizado, que requiere de un estudio previo de las necesidades, demandas y recursos de cada persona, con el fin de establecer estrategias diferenciales para cada caso. Debe asumirse que determinadas circunstancias personales y sociales hacen que no todas las personas con trastornos adictivos puedan alcanzar una plena integración social, existiendo mayores y menores niveles y/o posibilidades de IS en función de dichas circunstancias.
18. La incorporación es un proceso plural, flexible no lineal, no pudiendo estructurarse en fases estandarizadas por las que deban transitar todas las personas con problemas de drogodependencias (Cruz, F. et al., 2005). Los procesos de IS se concretarán y abordarán de forma diferente según las necesidades y potencialidades de cada persona y de los recursos de apoyo disponibles.
19. Las actividades integradoras se sustentarán preferentemente en la utilización de recursos de carácter generalista, debiendo evitarse, siempre que sea posible, la organización de actividades específicas para personas con adicciones (las intervenciones no han de ser segregadoras).

1.4. Evidencia disponible sobre los programas de incorporación social

1.4.1. Intervenciones con base en la evidencia

Las prácticas con base en la evidencia se han convertido en el paradigma de las intervenciones desarrolladas en el ámbito de la salud, respondiendo a la necesidad de destinar unos recursos limitados a intervenciones de eficacia ya demostrada, en base a conocimientos generados con un alto nivel de rigor metodológico.

En el plano práctico la calidad de la evidencia está condicionada por el tipo de diseño (experimental, cuasi-experimental y no experimental) utilizado para evaluar los resultados de un determinado programa, tratamiento o intervención. Factores como la existencia o no de grupos control, el carácter aleatorio o no de la asignación de las personas a los grupos control y/o de intervención y la presencia de mediciones previas (medidas pre-test) a la intervención son determinantes para poder atribuir con mayor o menor seguridad los efectos observados a la intervención (validez

interna de los resultados). Solo seleccionando un diseño evaluativo apropiado y realizando un análisis estadístico que tenga en cuenta posibles factores de confusión podrá estimarse el efecto de las intervenciones, cuantificar la magnitud de los cambios registrados en los indicadores de resultados seleccionados y descartar explicaciones alternativas a la intervención, que puedan haber influido en los cambios observados (López et al., 2011).

Determinar si cierto tipo de estrategia o intervención resulta adecuada para un grupo de personas concreto implica establecer que existe un razonable grado de certeza de que el balance entre los beneficios de la misma, por un lado, y los riesgos, perjuicios o efectos no deseados, por otro, resulta lo suficientemente favorable para que dicha intervención merezca ser aplicada (Martín y González 2010). Por este motivo los conceptos calidad (nivel) de la evidencia y fuerza (grado) de la recomendación son los pilares básicos de la práctica basada en la evidencia, en su afán por estandarizar aquellas prácticas que se han mostrado efectivas y eficientes en el abordaje de distintos problemas relacionados con la salud y, en particular, con el tratamiento de las adicciones. En consecuencia los procesos de toma de decisiones acerca del tipo de estrategias que deben ser promovidas deben fundamentarse en el mejor nivel de evidencia y la mayor fuerza de la recomendación disponible.

Entre los sistemas existentes para evaluar y clasificar la evidencia disponible el que tiene un mayor desarrollo e implantación es el denominado Sistema GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation). En él la calidad de la evidencia indica hasta qué punto la confianza en la estimación de un efecto es adecuada para apoyar una recomendación, mientras que la fuerza de la recomendación indica hasta qué punto podemos confiar en que poner en práctica la recomendación conllevará más beneficios que riesgos (Grupo de trabajo sobre GPC, 2016; Schünemann et al., 2013). Para la elaboración de las recomendaciones GRADE tiene en cuenta, además de la calidad de la evidencia, factores como el balance entre beneficios y riesgos, la consistencia de los estudios, la aplicación práctica de la recomendación en una determinada población o los costes derivados de su aplicación.

El Sistema GRADE propone una clasificación de la calidad de la evidencia que incluye cuatro categorías: alta, moderada, baja y muy baja (Alonso-Coello et al., 2013). Asimismo, considera dos categorías respecto a la fuerza de las recomendaciones:

- a. **Recomendación fuerte:** alto grado de confianza en que los efectos deseados de la intervención superan a los indeseados (recomendación fuerte a favor), o en que los efectos indeseados de la intervención superan a los deseados (recomendación fuerte en contra).
- b. **Recomendación débil:** los efectos deseables probablemente superan a los efectos no deseables (recomendación débil a favor de una intervención) o los efectos no deseables probablemente son mayores que los efectos deseables (recomendación débil en contra de una intervención), pero con una incertidumbre apreciable.

Por su parte, el European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA) establece, dentro de su portal de mejores prácticas, un método para la clasificación de la evidencia inspirado en el Sistema GRADE, que incluye cinco grandes categorías:

- Beneficiosas: intervenciones para las cuales las medidas precisas de los efectos en favor del tipo de intervención se encontraron en revisiones sistemáticas de estudios de relevancia, evaluados con métodos fiables para la valoración de las pruebas.
- Probablemente beneficiosas: intervenciones que demostraron tener pocas medidas de efecto, pero que es probable que sean eficaces, para las que la evidencia es limitada y/o aquellas que se recomiendan con cierta cautela en las directrices con métodos fiables para la valoración de la evidencia.

- Equilibrio/compensación entre beneficios y daños: intervenciones que obtienen medidas de efectos favorables a la intervención, pero que mostraron algunas limitaciones o efectos no deseados que deben ser evaluados antes de promocionarlas.
- Efectividad desconocida: intervenciones para la que no hay estudios suficientes, o cuando los estudios disponibles son de baja calidad, por lo que es difícil de evaluar si son eficaces o no.
- La evidencia de la ineficacia: intervenciones que obtuvieron resultados negativos si se compara con un estándar de la intervención o ninguna intervención.

Si bien estos postulados son asumidos por la mayoría de las instituciones responsables del diseño de las políticas en materia de adicciones, existen múltiples factores que impiden y/o dificultan la realización de evaluaciones rigurosas de las intervenciones desarrolladas en este campo, particularmente en lo relativo a los procesos de IS de las personas con trastornos adictivos.

Entre los factores que explican la limitada evidencia en torno a las diferentes estrategias e intervenciones desarrolladas en el ámbito de la IS destacan:

1. Las dificultades de conceptualización de los procesos de exclusión-inclusión social hacen que no se disponga en la actualidad de un marco conceptual y metodológico compartido desde el que facilitar la IS de las personas con adicciones.
2. La naturaleza de los procesos de incorporación y/o exclusión social y la complejidad de las intervenciones que se llevan a cabo.
El carácter multidimensional de los procesos de IS, los múltiples ámbitos o dimensiones objeto de intervención, su dinamismo e interactividad dificultan el diseño de modelos e instrumentos de medición. La evaluación de las denominadas “intervenciones complejas”, en las que encajarían las intervenciones en materia de IS en adicciones, constituye un reto para los equipos de investigación en el campo de la salud. Se trata de intervenciones que incluyen distintos componentes que interactúan entre sí y que incorporan una serie de elementos característicos como son la variabilidad de los comportamientos o respuestas en quienes prestan la intervención o en quienes la reciben, los diversos y variados resultados, cierto grado de flexibilidad o adaptación (permitida) respecto de la intervención y la falta de relaciones causales claras que vinculen la intervención y los resultados (Craig et al., 2008).
3. La enorme heterogeneidad de las intervenciones desarrolladas en el ámbito de la IS en adicciones o, si se prefiere, la ausencia de “programas o intervenciones modelo” con una amplia implantación, dificultan su evaluación. Una circunstancia que provoca que el número de personas beneficiarias de los programas sea en general muy reducido, dificultando la generación de evidencia.
4. La ausencia de “modelos de intervención estandarizados” que describan cómo se implantan o gestionan a nivel práctico las intervenciones de apoyo a los procesos de IS explica la enorme variabilidad en la aplicación de las estrategias y programas, dificultando enormemente la sistematización de las intervenciones desarrolladas y la evaluación de sus resultados. Esta situación se ve agravada por la naturaleza descentralizada y cooperativa de muchos programas, con multitud de agentes implicados en su diseño, ejecución y evaluación.
5. La falta de una cultura de trabajo transversal en el ámbito de las intervenciones de carácter social, donde predominan los enfoques sectoriales, lo que propicia la fragmentación de las intervenciones desarrolladas.
6. La escasa tradición evaluativa en el ámbito de las estrategias y programas de IS en adicciones y la limitada formación en el campo de la investigación evaluativa de muchos profesionales del sector.
7. La dificultad de identificar variables de resultados sencillas y útiles y de diseñar instrumentos que permitan medir los cambios que las intervenciones producen en diferentes dimensiones o dominios de las personas beneficiarias de las mismas.
8. La escasez de estudios e investigaciones realizadas en el ámbito de los programas de IS.

1.4.2. Evidencia disponible acerca de las intervenciones en materia de incorporación social en adicciones

A pesar de las limitaciones señaladas en la generación de evidencia respecto a los programas de IS en adicciones, la revisión de la bibliografía realizada en el marco del presente estudio ha permitido localizar algunas referencias de interés, que se destallan a continuación.

El Portal de Buenas Prácticas del European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA) incluye las siguientes valoraciones acerca de la evidencia disponible sobre diferentes intervenciones desarrolladas hasta la fecha en el ámbito de la IS (Tabla 1). Como puede comprobarse las evidencias son escasas, de baja calidad y con unos efectos de las intervenciones limitados. Además, algunas de las evidencias son de escasa utilidad práctica, debido a la indefinición y/o falta de concreción de alguna de las intervenciones analizadas.

Tabla 1. Calificación de la evidencia disponible en el ámbito de la incorporación social.

Tipo de intervención	Calificación evidencia
Intervenciones de colocación y apoyo individual para mejorar los resultados de empleo	Beneficiosa
Vivienda de apoyo permanente para mejorar la estabilidad de la vivienda de las personas alojadas de manera vulnerable	Beneficiosa
Programas en tribunales antidrogas para reducir la reincidencia en la comisión de delitos y el consumo de drogas	Posiblemente beneficiosa
Apoyo laboral personalizado para promover la motivación sobre la tasa de empleo	Posiblemente beneficiosa
Apoyo laboral personalizado para mejorar los resultados de empleo	Posiblemente beneficiosa
Programas en tribunales de drogas para mejorar los resultados de empleo	Efectividad desconocida
Tratamiento psicosocial (incluida la gestión de contingencias) para mejorar las condiciones de empleo de los consumidores de crack y cocaína	Efectividad desconocida
Intervenciones basadas en la ocupación para mejorar los resultados de la recuperación	Efectividad desconocida
Tratamiento psicosocial (incluido el manejo de contingencias) para mejorar las condiciones de vivienda de los consumidores de crack y cocaína	Efectividad desconocida
Taller de solicitantes de empleo (JSW) para mejorar los resultados de empleo	Efectividad desconocida
Intervenciones dirigidas por el empleador para reducir el uso y los efectos adversos	Efectividad desconocida
Lugar de trabajo terapéutico para mejorar los resultados de empleo	Efectividad desconocida
Vivienda de apoyo permanente (Housing First) para reducir los daños	Efectividad desconocida
Intervenciones basadas en el empleo para personas alojadas en situación de vulnerabilidad	Efectividad desconocida
Vivienda de apoyo permanente para mejorar los resultados de salud física y mental	Efectividad desconocida

Fuente: EMCDDA. Best practice portal.

a. Intervenciones beneficiosas

Intervenciones de colocación y apoyo individual para mejorar los resultados de empleo

La colocación y apoyo individual (*Individual Placement and Support -IPS-*) es un enfoque de apoyo al empleo desarrollado para personas con problemas de salud mental y adicción. IPS ofrece apoyo intensivo y personalizado para ayudar a las personas a elegir y encontrar el trabajo adecuado, con apoyo continuo para el empleador y el empleado, con el fin de asegurar que la persona mantenga su trabajo.

Una revisión sistemática narrativa (Harrison et al., 2019), que incluyó 5 ensayos clínicos aleatorizados y 2 estudios de cohortes, encontró que las intervenciones de colocación y apoyo individual fueron efectivas para mejorar el empleo (tasas de empleo, horas trabajadas, salarios ganados) en personas con trastornos por uso de sustancias y/o con patología dual.

Otra revisión narrativa (Magura y Marshall, 2020), que incluyó 14 estudios, concluyó que las intervenciones de colocación y apoyo individual se muestran eficaces para mejorar los resultados de empleo de personas con trastornos mentales graves. No obstante, la magnitud del efecto de la intervención sobre el empleo fue pequeña para todas las intervenciones de esta categoría.

Vivienda de apoyo permanente para mejorar la estabilidad de la vivienda de las personas con viviendas vulnerables

Una revisión sistemática (Aubry et al., 2020), que incluyó 35 estudios de los que 15 se centraron sobre vivienda, encontró que la vivienda de apoyo permanente para personas sin hogar (como los programas *Housing First* y *Pathways to Housing*) era efectiva para reducir la falta de vivienda y mejorar la estabilidad de la misma.

La vivienda de apoyo permanente mejoró significativamente la estabilidad de la vivienda, con poco o ningún efecto negativo sobre otros resultados sociales y de salud. Estos resultados siguieron siendo estadísticamente significativos a los 6 años de seguimiento. Del mismo modo, las intervenciones de ayudas económicas, en particular los subsidios de vivienda, mejoraron la estabilidad de la vivienda y la seguridad alimentaria.

La revisión encontró evidencia pequeña, pero prometedora, que sugiere que los receptores de viviendas de apoyo permanente informan de mayores mejorías en su calidad de vida subjetiva que los que reciben atención estándar. Los resultados tampoco mostraron evidencia de daños importantes asociados con la salud mental, el uso de sustancias, la calidad de vida y otros resultados de la implementación de intervenciones de vivienda entre las personas sin hogar.

La evidencia de esta revisión indica que, en comparación con la atención habitual, los programas de vivienda de apoyo permanente dan lugar a un aumento significativo en el número de días de alojamiento estable, lo que permite a los pacientes con trastornos mentales graves lograr la estabilidad de la vivienda.

Una revisión de revisiones (Miler et al., 2021), que examinó la evidencia de 25 revisiones que exploraron una amplia gama de intervenciones con pacientes sin hogar y consumo problemático de drogas, concluyó que las intervenciones de vivienda (especialmente las viviendas de apoyo permanente) muestran hallazgos consistentemente positivos con respecto a los resultados de vivienda, pero resultados mixtos con respecto a la salud y el bienestar, con una falta de evidencia de alta calidad sobre los resultados respecto al uso de sustancias.

b. Intervenciones posiblemente beneficiosas

Programas de tribunales de drogas (*drug courts*) para reducir la reincidencia en la comisión de delitos y el consumo de drogas

Los *Drug court programmes* son programas desarrollados para personas con trastornos por uso de sustancias que han cometido algún delito directamente relacionado con la adicción a algún tipo de droga. Estos programas judiciales ofrecen a estas personas la oportunidad de participar en un tratamiento de drogas a largo plazo y aceptar la supervisión del juzgado en lugar de recibir una sentencia de cárcel.

Una revisión sistemática de programas judiciales alternativos al ingreso en prisión (Mitchell et al., 2012), que incluyó 154 estudios, encontró que las intervenciones en la administración de justicia penal eran efectivas para:

- reducir la reincidencia en la comisión de delitos y el consumo de drogas en la población adulta, manteniéndose los efectos a los tres años de seguimiento;
- reducir la reincidencia por conducir ebrio entre población adulta;
- reducir la reincidencia en la comisión de delitos y el consumo de drogas entre población joven, si bien el efecto es más limitado que entre la población adulta.

Apoyo laboral personalizado para promover la motivación sobre la tasa de empleo

Un ensayo clínico aleatorizado de dos programas de tratamiento con metadona mostró que los pacientes asignados al modelo de apoyo laboral personalizado para promover las habilidades laborales y reducir las barreras no profesionales (grupo experimental) tenían mejores resultados de empleo que aquellos asignados a una condición de control que recibieron asesoramiento laboral estándar en los programas (Magura et al., 2007).

Apoyo laboral personalizado para mejorar los resultados de empleo

El apoyo laboral personalizado es una adaptación del Modelo de Colocación y Apoyo Individual (IPS), consistente en una intervención de asesoramiento laboral adaptada para personas en tratamiento por uso de sustancias. Se diferencia del Modelo de Colocación y Apoyo Individual en que no incorpora el desarrollo laboral.

Una revisión narrativa (Magura y Marshall, 2020) concluyó que el apoyo laboral personalizado tiene un efecto significativo en la mejora de los resultados de empleo. También constató que los apoyos laborales personalizados se muestran eficaces para mejorar los resultados de empleo de personas con trastornos mentales graves.

c. Intervenciones de efectividad desconocida

Programas de tribunales de drogas para mejorar los resultados de empleo

Las intervenciones/programas de tribunales de drogas incluidas en la revisión narrativa de Magura y Marshall (2020), consistentes en 26 sesiones de asesoramiento individual y grupal proporcionadas por un especialista en empleo con experiencia tanto en asesoramiento laboral como en asesoramiento a personas usuarias de drogas, no mostró ningún efecto significativo sobre el aumento del número de días de empleo remunerado ni sobre el aumento de los ingresos.

Tratamiento psicosocial (incluida la gestión de contingencias) para mejorar las condiciones de empleo de los consumidores de crack y cocaína

Una revisión narrativa (Fischer et al., 2015), sin metaanálisis, concluyó que hay evidencia mixta (no concluyente) sobre la efectividad del tratamiento psicosocial en la mejora de las condiciones de empleo y vivienda.

Intervenciones basadas en la ocupación para mejorar los resultados de la recuperación.

Una revisión sistemática sin metaanálisis (Wasmuth et al., 2016), que incluyó 26 estudios, encontró que las intervenciones basadas en la ocupación, que inciden habitualmente las áreas de trabajo, ocio y participación social, no tenían un efecto significativo en mejorar los resultados de la recuperación a corto y largo plazo.

Tratamiento psicosocial (incluido el manejo de contingencias) para mejorar las condiciones de vivienda de los consumidores de crack y cocaína

Una revisión narrativa (Fischer et al., 2015), sin metaanálisis, concluyó que hay evidencia mixta (no concluyente), sobre la efectividad del tratamiento psicosocial sobre la vivienda y el empleo.

Taller de solicitantes de empleo (JSW) para mejorar los resultados de empleo (*Job Seekers Workshop*)

El taller de solicitantes de empleo (JSW en sus siglas en inglés) es un modelo que ofrece sesiones en grupos pequeños centradas en localizar trabajos disponibles, hacer “llamadas en frío” a posibles empleadores y ensayar habilidades de entrevistas de trabajo. Esta intervención, incluida entre las intervenciones/programas destinados a mejorar los resultados de empleo evaluados en una revisión narrativa (Magura y Marshall, 2020), no mostró ningún efecto significativo sobre la mejora en los resultados de empleo.

Intervenciones dirigidas por el empleador para reducir el uso y los efectos adversos

Una revisión narrativa (Akanbi et al., 2020) de 27 estudios que analizó distintas intervenciones desarrolladas por empleadores/empresas (incluidas educación de empleados, pruebas de detección de drogas, programas de asistencia al empleado, capacitación de supervisores, existencia de una política escrita libre de drogas en el lugar de trabajo y reestructuración de los planes de beneficios de salud para empleados) no encontró efectos significativos en la reducción del uso de sustancias y/o de los efectos adversos del uso indebido de drogas en el lugar de trabajo.

Lugar de trabajo terapéutico para mejorar los resultados de empleo

Una revisión narrativa (Magura y Marshall, 2020) que analizó el “lugar de trabajo terapéutico”, una intervención motivacional que utiliza el acceso al empleo y los salarios para promover cambios de comportamiento, no encontró ningún efecto significativo de la misma sobre el promedio mensual de días trabajados y sobre resultados de empleo en general.

Vivienda de apoyo permanente (*Housing First*) para reducir los daños

Una revisión sistemática narrativa (Kerman et al., 2021) de 35 estudios, que examinó los resultados y prácticas de reducción de daños del Modelo de intervención *Housing First* con personas en situación de sin hogar, no encontró evidencia concluyente del impacto de la intervención en

ninguno de los cuatro dominios o ámbitos analizados: uso de sustancias, infecciones virales, salud sexual y uso de servicios de reducción de daños.

Intervenciones basadas en el empleo para personas alojadas en situación de vulnerabilidad

Una revisión sistemática (Marshall et al., 2022) de 16 estudios de intervenciones basadas en el empleo (incluidas las intervenciones sobre el uso de sustancias y las habilidades vocacionales, el empleo apoyado y los apoyos integrados que incluyen un componente de empleo, encontró evidencia mixta (no concluyente) sobre sus efectos en: la mejora de la reintegración comunitaria, la mejora de los niveles de bienestar mental y la reducción del consumo de sustancias.

Vivienda de apoyo permanente para mejorar los resultados de salud física y mental

Una revisión sistemática narrativa (Onapa et al., 2021) que incluyó 3 revisiones sistemáticas y 24 estudios encontró resultados mixtos en el efecto de las viviendas de apoyo permanente en la mejora de los resultados generales de salud física y mental. Conclusiones similares se encontraron en una revisión sistemática de revisiones (Miler et al., 2021).

Al margen de las evidencias registradas en el Portal de Buenas Prácticas del EMCDDA se han identificado algunos ensayos aleatorios controlados, revisiones y metaanálisis que ayudan a completar el panorama general de las evidencias disponibles en relación a los programas de IS en adicciones. Una revisión de doce estudios revisados por pares (Matthew et al., 2016) constató que, aunque las intervenciones de empleo variaron mucho entre los estudios, 11 de los 12 estudios demostraron una relación positiva entre las intervenciones de empleo y los resultados del tratamiento por uso de sustancias. Esta revisión indica que el empleo podría ser una medida efectiva de prevención de las recaídas y ofrece posibles oportunidades para una programación innovadora en ámbitos de tratamiento de adicciones.

A MODO DE RESUMEN

En las últimas décadas se han producido progresos importantes que han contribuido a mejorar el conocimiento y la conceptualización de los procesos de exclusión social. Asimismo, existen experiencias y buenas prácticas que deberían tener un mayor grado de visibilidad y diseminación en los repositorios disponibles en reducción de la demanda de drogas y adicciones. No obstante, queda un largo camino para trasladar estos marcos teóricos a la práctica profesional.

Sin duda un elemento crítico de este proceso pasa por operativizar las intervenciones en materia de exclusión social, desarrollando modelos de intervención y diseñando programas y servicios coherentes con estos referentes teóricos. Solo entonces estaremos en condiciones de generar evidencia de calidad en torno a las intervenciones que se desarrollen en el campo de la exclusión social, tanto a nivel general como en relación a las intervenciones destinadas a la población con algún tipo de trastorno adictivo.

Se trata de un reto complejo que requerirá, entre otras acciones, de la puesta en marcha de estrategias de intervención amplias de carácter transversal, que requerirán de la coordinación y colaboración de diferentes instituciones y agentes sociales y económicos.

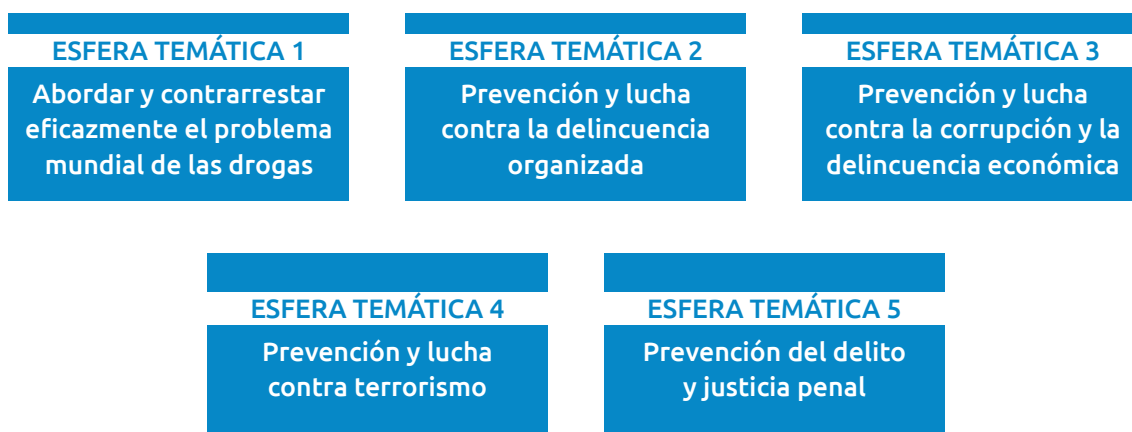
2. LOS PROCESOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL EN LAS ESTRATEGIAS Y PLANES DE ACCIÓN EN ADICCIONES

El análisis de las políticas impulsadas por diferentes instituciones nacionales e internacionales para facilitar la inclusión social de las personas con trastornos adictivos permite identificar las directrices y líneas estratégicas que se vienen impulsando en esta materia y alinear los planes, programas y servicios de IS promovidos a nivel autonómico y local. Este alineamiento facilita la aplicación de dichas prioridades, favorece las sinergias entre las acciones promovidas por distintas organizaciones y contribuye a la mejora de la efectividad de las acciones impulsadas.

A continuación se resume el tratamiento que reciben los procesos de IS en el marco de las estrategias y planes de acción promovidos por las instituciones más relevantes en el campo de las adicciones.

2.1. La incorporación social en las Estrategia 2021-2025 de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD)

La Estrategia 2021-2025 de la ONUDD vertebra la política de la institución en torno a cinco esferas temáticas:



Dentro de la esfera temática 1 se establecen los siguientes compromisos que afectan a los procesos de IS:

- En los próximos cinco años la ONUDD reforzará el acceso al tratamiento de los trastornos por consumo de drogas, la rehabilitación, la recuperación y la reintegración social, así como la prevención, el tratamiento y la atención del VIH/ sida y la hepatitis.
- A fin de ampliar la cobertura y mejorar la calidad del tratamiento, la atención y la rehabilitación, la ONUDD promoverá servicios con base empírica que se ajusten a las normas internacionales y mejores prácticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la ONUDD.

2.2. La incorporación social en las Estrategias Hemisférica 2020 y el Plan Hemisférico sobre Drogas 2021-2025 de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)

La **Estrategia Hemisférica sobre Drogas 2020** señala que las políticas sobre drogas deberán mitigar las consecuencias adversas en materia de salud y sociales del consumo de drogas, favoreciendo la inclusión social con un enfoque orientado al tratamiento y la recuperación, y la

reducción de las desigualdades. Asimismo, establece algunas directrices aplicables a las actividades de IS:

- Los Estados Miembros abordan el respeto a los derechos humanos, los procesos de estigmatización, la exclusión y la marginación social asociados con los trastornos ocasionados por el consumo de sustancias, los cuales impiden que las personas busquen, tengan acceso y/o completen los servicios de reducción de la demanda de drogas.
- Los servicios de tratamiento ofrecen modelos de intervención terapéutica integral, basados en la evidencia y siguiendo los estándares de calidad validados internacionalmente, orientados a la finalización del tratamiento y la recuperación sostenida.
- Los Estados Miembros exploran medios para ofrecer servicios de tratamiento, rehabilitación y recuperación a infractores usuarios de drogas, como una medida alternativa al enjuiciamiento penal o a la privación de libertad en los casos en que sea apropiado, de naturaleza menor o no violenta.

El **Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2021-2025** incluye como uno de sus ejes el denominado “Medidas de prevención, tratamiento y apoyo en la recuperación”, entre cuyos objetivos figura el de “Establecer y fortalecer, según corresponda, un sistema nacional de atención, tratamiento, rehabilitación, recuperación e integración social para personas usuarias de drogas, integrado con los sistemas de salud, y que respete los derechos humanos y ofrezca servicios específicos de acuerdo al género, y que, en la medida de lo posible, se diseñen y administren de acuerdo con estándares de calidad aceptados internacionalmente” (Objetivo 3).

Vinculado a este objetivo se señalan diferentes acciones prioritarias:

- Promoción de alternativas para ofrecer servicios de intervención temprana, atención, tratamiento, rehabilitación, recuperación e integración social a infractores de la ley penal usuarios de drogas como alternativa a su persecución penal y/o privación de libertad.
- Establecimiento de programas de intervención temprana, atención, tratamiento, rehabilitación, recuperación e integración social para personas privadas de libertad.
- Formulación e implementación de mecanismos de cooperación estables con actores sociales y comunitarios que proporcionan servicios de apoyo social y comunitario que coadyuvan a la integración social de las personas usuarias de drogas, en particular de las poblaciones en situación de vulnerabilidad.
- Promoción de medidas para abordar el estigma y la marginación social asociados con los trastornos por uso de sustancias, que pueden disuadir a las personas de buscar, acceder y/o completar servicios de reducción de la demanda.

2.3. La incorporación social en la Estrategia y Planes de Acción de Lucha Contra la Droga de la Unión Europea (UE)

Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2021-2025

La reducción de la demanda de drogas es uno de los tres ámbitos de actuación en torno a los cuales se articula la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2021-2025. Entre las prioridades estratégicas establecidas en este ámbito se incluye “Garantizar el acceso a tratamientos y servicios asistenciales y reforzarlos”, estableciendo, entre otras, las siguientes prioridades:

- Garantizar el acceso voluntario y no discriminatorio a una amplia variedad de servicios de eficacia empíricamente contrastada, entre las que se encuentran la orientación profesional y los

tratamientos psicosociales, conductuales y asistidos por medicamentos, como por ejemplo unas terapias de mantenimiento con opiáceos, de rehabilitación y de reintegración social y unos programas de apoyo a la recuperación que estén centrados en las personas.

- Subsanan los obstáculos al acceso a servicios de asistencia y tratamientos y garantizar que la asistencia sanitaria y los servicios sociales tengan una disponibilidad y una financiación suficientes, estén adecuados a las necesidades de sus grupos de usuarios y tengan en cuenta la perspectiva de género.
- Atender a la estigmatización ligada al consumo de drogas y a los trastornos por consumo, especialmente teniendo en cuenta que este estigma puede tener efectos adversos en la salud física y mental de las personas consumidoras, además de constituir un obstáculo para buscar ayuda.
- Adoptar medidas para detectar y solventar los obstáculos que afrontan las mujeres para acceder a servicios de orientación, tratamiento y rehabilitación y para mantener su participación en ellos (violencia doméstica, traumas, estigmas, problemas de salud física y mental, embarazo y cuestiones relacionadas con el cuidado de los hijos). Para que la prestación de servicios sea eficaz debe ser sensible a las necesidades y experiencias vitales específicas de las mujeres con problemas de consumo de drogas y reconocer que sus patrones de consumo y problemas de drogas pueden diferir de los de hombres. Deben desarrollarse opciones de servicio exclusivamente para mujeres, así como servicios que se ocupen de los niños que viven con ellas y que ofrezcan otras formas de atención especializada.
- Reconocer la diversidad entre las personas que consumen drogas y adoptar medidas para prestar servicios que puedan atender a esta diversidad. Entre los grupos específicos de personas que consumen drogas y sufren trastornos relacionados con su consumo que presentan necesidades de atención potencialmente más complejas se incluyen: niños y jóvenes, personas mayores con un historial de drogodependencia y de consumo prolongados, personas con comorbilidades de salud mental, personas LGBTI, personas con politoxicomanías, personas que consumen drogas y tienen hijos, personas con discapacidad, minorías étnicas, migrantes, refugiados, solicitantes de asilo, personas que ejercen trabajo sexual y prostitución y personas sin hogar.

Plan de Acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2021-2025

Para dar cumplimiento a la prioridad estratégica 6 de la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga de “Garantizar el acceso a tratamientos y servicios asistenciales y reforzarlos”, el Plan de Acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2021-2025 incluye las siguientes acciones:

- Desarrollar y garantizar un acceso voluntario, no discriminatorio y que tenga en cuenta las cuestiones de género a un tratamiento eficaz contra las drogas basado en datos contrastados, incluida la terapia de mantenimiento de opioides centrada en la persona, la reducción de riesgos y daños, los servicios de rehabilitación, la reintegración social y el apoyo a la recuperación, incluidos servicios globales para personas con comorbilidad. Garantizar que estos servicios estén bien coordinados a partir del principio de gestión de casos entre los organismos que los prestan, a fin de dar plena continuidad a la asistencia, ser lo más eficaces posible y centrarse en las etapas de la vida, con especial atención a las personas sin hogar y las personas vulnerables (Acción 32).
- Desarrollar y poner en marcha formación para el personal que trabaja en los servicios de tratamiento y asistencia y para quienes se ocupan de cuestiones relacionadas con la droga en los servicios sanitarios o de asistencia social genéricos, sobre la base de medidas basadas en datos contrastados, mediante la elaboración de planes de estudio que cubran competencias básicas y avanzadas y el fomento del intercambio de mejores prácticas y de asociaciones entre los proveedores de formación (Acción 33).
- Detectar, abordar y reducir los obstáculos al acceso al tratamiento de los trastornos por uso de drogas, la reducción de riesgos y daños, la rehabilitación social y la recuperación y garanti-

zar que la asistencia sanitaria y los Servicios Sociales (SS.SS) sean adecuados a las necesidades y características específicas de sus grupos de usuarios, y tengan en cuenta las nuevas realidades, como la pandemia de COVID-19 (Acción 36).

- Detectar y reducir los obstáculos al tratamiento y a la utilización de otros servicios para las mujeres que consumen drogas y garantizar que los servicios relacionados con el uso de drogas respondan a las necesidades de las mujeres. Poner en marcha iniciativas de divulgación para llegar a las mujeres que consumen drogas, concienciar sobre los tratamientos disponibles para las mujeres y hacer frente a la violencia de género contra las mujeres que consumen drogas. Garantizar que las mujeres que son víctimas de la violencia y consumen drogas tengan acceso tanto a la prevención como al apoyo y al tratamiento para romper el ciclo del consumo de drogas (Acción 40).
- Prestar servicios que puedan abordar las necesidades asistenciales especiales de los diversos grupos en relación con el consumo problemático de drogas, incluida la comorbilidad, también aplicando modelos de asistencia que reconozcan la necesidad de crear asociaciones de servicios transversales entre los proveedores de servicios sanitarios, de asistencia social y de asistencia a los jóvenes y grupos de pacientes y cuidadores (Acción 41).

2.4. La incorporación social en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y en el Plan de Acción 2021-2024

Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 se articula en torno a dos grandes metas: 1) Hacia una sociedad más saludable e informada y 2) Hacia una sociedad más segura.

Establece diversos objetivos estratégicos para avanzar en el logro de la meta “Hacia una sociedad más saludable e informada”, que se agrupan en las siguientes áreas de actuación:



La Estrategia Nacional sobre Adicciones define la IS como un proceso de socialización personalizado y flexible, constituido por acciones e intervenciones que pretenden implicar activamente, responsabilizar, promover y facilitar a las personas su autonomía, desarrollo y bienestar social, participación y capacidad crítica con su entorno. Asimismo, considera que el tratamiento terapéutico por sí solo no parece suficiente para una efectiva recuperación de las personas que presentan problemas de adicciones. La IS de estas personas exige una intervención integral, que incida en todos los ámbitos de su vida (y no sólo en el laboral): personal, relacional y de ocio, familiar, educativo, sanitario, formativo, laboral, residencial, judicial, etc.

Entre los objetivos estratégicos que se establecen en el ámbito de la IS se incluyen:

- Definir un modelo común de actuación en IS, tanto en los aspectos conceptuales como en el establecimiento de procesos de continuidad de la atención y en los itinerarios individualizados de las personas beneficiarias de los programas.

- Ampliar la oferta y adecuar los servicios y programas a los nuevos perfiles de las personas atendidas (incluyendo las adicciones sin sustancia), al diferente impacto de las adicciones en mujeres y hombres y a las necesidades diferenciales de las personas drogodependientes de más edad.
- Incrementar la cobertura poblacional en coordinación con la red asistencial.
- Mejorar la calidad de las actuaciones, propiciando la investigación y búsqueda de evidencias, la evaluación de programas e intervenciones, la elaboración de catálogos de programas y el establecimiento de un sistema de información y evaluación en IS.
- Mejorar la coordinación interinstitucional entre los departamentos con una clara implicación en esta área: Salud, Servicios Sociales, Empleo, Educación e Interior.
- Incrementar el apoyo que prestan la DGPNSD y los Planes Autonómicos de Drogas a corporaciones locales y ONG en los programas de IS.
- Fomentar la participación de las corporaciones locales en los programas de inserción laboral y social.
- Fomentar la participación de las entidades privadas sin fin de lucro en el desarrollo de programas de inserción social y laboral a través de itinerarios personalizados.

Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024

El Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024 pretende avanzar en el cumplimiento de los objetivos estratégicos incluidos en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024.

Dentro del Área de incorporación social se plantea el objetivo de “Definir un marco común de actuación en el área de incorporación social, mejorar la calidad de las intervenciones, adecuándolas a las diferentes necesidades de las personas atendidas, y ampliar su cobertura mediante la colaboración interinstitucional y con entidades privadas”.

Asociado a este objetivo se incluye la acción “Proyecto de mejora y extensión de los programas de incorporación social, con especial atención a las necesidades de las mujeres”. Entre las actividades previstas se incluyen:

- la elaboración de un documento marco sobre la incorporación social en España;
- la identificación y selección de programas e intervenciones de incorporación social basadas en la evidencia y en las buenas prácticas;
- la formación a profesionales en incorporación social.

A MODO DE RESUMEN

Del contenido de las diferentes estrategias y planes de acción analizados, tanto nacionales como internacionales, se desprende que la IS se configura como un elemento esencial de los programas de reducción de la demanda de drogas y de las adicciones. En consecuencia, las políticas públicas en adicciones deben incluir la IS como un ámbito de acción preferente, expresando sus capacidades conceptuales y metodológicas, favoreciendo el aporte de evidencias y operativizando sus objetivos e intervenciones.

3. POLÍTICAS DE LAS COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS EN MATERIA DE INCORPORACIÓN SOCIAL EN ADICCIONES

3.1. Diversidad de políticas y de modelos organizativos

Nuestro ordenamiento jurídico atribuye a las Comunidades Autónomas (CC.AA) competencias legislativas y ejecutivas exclusivas, entre otras, en materia de SS.SS, lo que explica la diversidad de políticas existentes en materia de IS.

Para analizar las políticas que aplican las diferentes Comunidades y Ciudades Autónomas (CC.CA) en materia de IS se remitió a las mismas una ficha (Anexo I), que fue cumplimentada por todas ellas. Con esta iniciativa se pretendía identificar los instrumentos legales y/o programáticos en torno los cuales se establecen las políticas que dichas instituciones aplican en esta materia, los modelos organizativos y de gestión de los procesos de IS en adicciones y los programas y servicios ofertados a las personas con trastornos adictivos para favorecer su IS.

Los resultados de este proceso ponen de relieve la diversidad de las políticas aplicadas y los diferentes modelos organizativos existentes para dar respuesta a las necesidades que presentan las personas con adicciones en el ámbito de la IS. Unas diferencias que podrían categorizarse según el mayor o menor peso que los programas y servicios de IS específicos para la población con adicciones tienen en esas políticas. Una circunstancia que está condicionada por el grado de desarrollo (su calidad y cobertura) que los SS.SS y de empleo tienen en las diferentes CC.AA, pudiendo establecerse una correlación inversa entre el grado de desarrollo de los servicios de carácter generalista y el protagonismo que tienen los programas y servicios de IS específicos para personas con trastornos adictivos.

Aunque existe un amplísimo consenso a nivel político y técnico respecto a la pertinencia de que las necesidades y problemas que las personas con trastornos adictivos presentan en el ámbito de la exclusión y/o incorporación social sean atendidos en servicios de tipo generalistas (no específicos para este colectivo), las respuestas a nivel político-institucional a las necesidades en materia de IS de este colectivo están lejos de ser homogéneas. Las respuestas están condicionadas, entre otros factores, por la capacidad de los servicios generalistas para atender las necesidades de la población con adicciones en el ámbito de la incorporación o por la pertinencia de mantener una estrategia que pasa por seguir cubriendo transitoriamente las necesidades de esta población en ámbitos que no tienen una respuesta adecuada desde los servicios generalistas, a través de programas y servicios específicos para personas con adicciones.

A pesar del importante grado de desarrollo alcanzado por los sistemas de SS.SS, empleo o de salud, los mismos tienen dificultades para satisfacer las demandas y necesidades de la población con adicciones (por ejemplo, de las necesidades de soporte residencial que presentan numerosas personas usuarias de los servicios de asistencia a las adicciones). No se trata solo de una cuestión de suficiencia o insuficiencia de recursos, sino que tiene que ver con la cultura institucional y la relevancia de disponer de una política pública para la atención de las necesidades de las personas consumidoras de drogas.

La apuesta por la creación de redes específicas para la asistencia a la población drogodependiente, un modelo vigente todavía en la actualidad en la mayor parte de las CC.AA, unido a la estigmatización que sufre este colectivo, dificultan la implicación activa de los servicios generalistas en la satisfacción de las necesidades que presentan en materia de IS.

Por otro lado, se plantea la cuestión de hasta cuándo esperar para que los sistemas generalistas asuman sus competencias y responsabilidades en la atención integral a las necesidades de las personas con adicciones, adecuando sus servicios e intervenciones a las características de estas personas. Dicho de otro modo, ¿mantener servicios y programas específicos de IS para personas

con adicciones desincentiva la implicación de los servicios generalistas en su atención y la asunción de las competencias y responsabilidades que la legislación vigente atribuye a estos últimos servicios en materia de IS?

Son precisamente las respuestas a estas cuestiones lo que explica que hoy sea posible identificar tres tipos de modelos desde los que las CC.CA abordan en la actualidad los procesos de IS en adicciones:

- a. Modelo generalista: las intervenciones de apoyo a la IS son llevadas a cabo desde programas y servicios comunes para diferentes colectivos con dificultades en ese ámbito (no existen programas o servicios específicos de IS para personas con trastornos adictivos).
- b. Modelo específico: las intervenciones de apoyo a la IS corren a cargo mayoritariamente de programas y servicios específicos para personas con adicciones.
- c. Modelo mixto: las intervenciones de apoyo a la IS por parte de servicios generalistas se compatibilizan con la existencia de servicios específicos para personas con trastornos adictivos.

En los siguientes apartados se analiza la información suministrada por las propias CC.CA con el fin de describir las políticas que vienen aplicando en materia de IS en adicciones, así como los modelos organizativos y de gestión utilizados, los servicios y programas ofertados y el funcionamiento de los sistemas de información en IS.

3.2. Normativa legal sobre incorporación social en adicciones

Todas las CC.AA, salvo la Comunidad Valenciana y la Comunidad Foral de Navarra, disponen de leyes autonómicas que regulan, específicamente, los procesos de IS de las personas con adicciones (Tabla 2).

Tabla 2. Leyes autonómicas sobre drogas y otras adicciones

Comunidad Autónoma	Denominación de la ley
Andalucía	Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en Materia de Adicciones
Aragón	Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias
Principado de Asturias	Ley del Principado de Asturias 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas
Islas Baleares	Ley 4/2005 de 29 de abril sobre drogodependencias y otras adicciones en las Islas Baleares
Canarias	Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias
Cantabria	Ley de Cantabria 5/1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en materia de Drogodependencias
Castilla y León	Ley 3/1994 de 29 de marzo (modificada por la ley 3/2007 de 7 de marzo) de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León
Castilla – La Mancha	Ley 15/2002, de 11 de julio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos

Comunidad Autónoma	Denominación de la ley
Cataluña	Ley 20/1985, de 25 de julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia
Comunidad Valenciana	No dispone de ley. La Ley 10/2014 de Salud de la Comunidad Valenciana señala en su art. 76 que se promoverán las actuaciones necesarias para el impulso de programas de prevención, asistencia e integración social referidos a otras adicciones conductuales
Extremadura	Ley 1/1999, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia y Reinserción de las Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Extremadura
Galicia	Ley 2/1996, de 8 de mayo, de Galicia sobre Drogas
Comunidad de Madrid	Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos
Región de Murcia	Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre drogas, para la prevención, asistencia e integración social
Comunidad Foral de Navarra	No dispone de ley
País Vasco	Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias
La Rioja	Ley 5/2001, de 17 de octubre, sobre drogodependencias y otras adicciones

Fuente: elaboración propia.

(*) Ceuta y Melilla carecen de capacidad legislativa propia, pudiendo gestionar determinadas materias recogidas en sus estatutos, pero no dictar leyes sobre las mismas.

A continuación se resume el tratamiento que las diferentes normas autonómicas sobre drogas y otras adicciones dan a los procesos de IS.

ANDALUCÍA: Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en Materia de Adicciones (modificada por el Decreto-ley 26/2021, de 14 de diciembre, por el que se adoptan medidas de simplificación administrativa y mejora de la calidad regulatoria para la reactivación económica en Andalucía).

Define la IS como “la fase de la atención dirigida a la integración plena de la persona a la sociedad en igualdad de condiciones que el resto” (art. 5). Sin duda el elemento más relevante es la consideración de la IS como un proceso inherente a la intervención asistencial, de modo que la ley no contempla la IS como un ámbito diferenciado de la asistencia, tal y como hacen numerosas leyes autonómicas sobre drogas

Dentro del Título III (“De la atención”), el artículo 13 establece que las administraciones públicas andaluzas efectuarán las actuaciones precisas para garantizar a las personas drogodependientes, en iguales condiciones que al resto de la población, la atención sanitaria y social adecuada a sus necesidades y a los niveles de prestaciones existentes en la red ordinaria de salud y SS.SS. El artículo 15 señala que dichas administraciones realizarán actuaciones encaminadas a garantizar la atención de las necesidades sociales de los drogodependientes y a favorecer su rehabilitación e integración social, mediante los dispositivos del sistema de SS.SS y otras medidas de apoyo social y laboral.

En su artículo 17 clasifica los centros de atención a las adicciones en base a una tipología en la cual se incluyen, entre otros, las comunidades terapéuticas, los centros de tratamiento ambulatorios de las adicciones, las viviendas de supervisión al tratamiento y a la reinserción y los centros de día, a los cuales se les asigna diferentes funciones relacionadas con la IS.

En su artículo 19.2 establece que la Administración de la Junta de Andalucía, con la colaboración de las corporaciones locales, a través de los SS.SS comunitarios y especializados, realizarán los siguientes programas orientados a la rehabilitación e incorporación social de la población drogodependiente:

- de información, orientación y asesoramiento sobre los recursos disponibles;
- complementarios al tratamiento sanitario de las personas afectadas, mediante intervenciones que incluirán su entorno personal, familiar y comunitario;
- de desarrollo de actuaciones integrales que incluyan aspectos educativos, ocupacionales, familiares y sociales;
- de formación y capacitación profesional y fomento del empleo, encaminados a favorecer la reinserción laboral y social de las personas afectadas;
- de cooperación con los órganos judiciales y penitenciarios, con el fin de facilitar el acceso de los internos con problemas de drogodependencia a las prestaciones sociales;
- de atención específica a la población juvenil, para propiciar la formación de grupos y asociaciones que permitan una adecuada integración de los drogodependientes.

ARAGÓN: Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.

Define la reinserción social como “Proceso orientado a la integración plena de la persona en la sociedad en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos” (art. 2).

Entre los objetivos generales de la Ley se incluyen el de facilitar la integración de la población drogodependiente mediante políticas activas de reinserción social, haciendo especial hincapié en la formación continuada (art. 4, apartado g).

El artículo 19 (objetivos generales en materia de asistencia y reinserción social establece que las acciones dirigidas a la atención a drogodependientes tendrán por finalidad:

- establecer programas de actuación que fomenten la demanda asistencial de las personas afectadas por abuso o dependencia de drogas, a fin de facilitar su deshabituación y reinserción social en su caso;
- facilitar el acceso de los drogodependientes a los recursos sociales normalizados. Para ello se propiciará el desarrollo de programas específicos dirigidos a alcanzar su integración social y se potenciarán, especialmente, los recursos educativos y laborales que faciliten esta integración;
- mitigar la problemática social y jurídico-penal de la población drogodependiente;
- estimular la implicación activa y solidaria de la comunidad en el proceso asistencial y de integración social del drogodependiente.

En su artículo 20 la Ley define los criterios de actuación en el ámbito de la reinserción, entre los que se menciona que:

- la red de SS.SS y otros recursos comunitarios normalizados velará, en coordinación con los recursos específicos, por la adecuada reinserción del drogodependiente en su entorno y co-

munidad, y adoptará, cuando sea necesario, medidas especiales destinadas a conseguir la igualdad de oportunidades;

- la formación y capacitación sociolaboral de los drogodependientes será objeto de una especial atención, y se realizará en los propios centros asistenciales cuando así lo requiera el caso;
- la atención al drogodependiente y a sus familiares se realizará preferentemente a través del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Acción Social de Aragón, incrementando sus recursos en función de las necesidades de la población e incorporando, cuando sea necesario, las iniciativas sociales sin ánimo de lucro que cumplan los objetivos y criterios de actuación del Plan Autonómico sobre Drogas, con objeto de completar y diversificar los programas terapéuticos;
- en aquellos casos en los que la reinserción no pueda ser efectiva a través de los recursos normalizados de la sociedad podrán establecerse programas de reinserción individualizados;
- en los procesos de reinserción se fomentará la participación activa de toda la comunidad;
- se incorporará la perspectiva de las mujeres en la asistencia sanitaria en función de la diferente problemática que plantee este colectivo de personas drogodependientes.

PRINCIPADO DE ASTURIAS: Ley del Principado de Asturias 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas.

Los procesos de IS son abordados en el Capítulo II (La incorporación social) del Título II de la Ley (De la asistencia e incorporación social), cuyo artículo 32 establece que:

1. La IS de las personas que sufren adicciones a drogas y/o bebidas alcohólicas es el objetivo final del proceso que debe estar presente desde su inicio en la fase asistencial.
2. Corresponde a la Administración del Principado de Asturias y a las entidades locales, cada una en el ámbito de sus competencias, la prevención de las causas que producen la marginación social y la desigualdad de las personas drogodependientes o alcohólicas, así como de las que limitan el desarrollo de una vida autónoma de dichas personas.
3. Corresponde al sistema de SS.SS la cobertura de las situaciones de necesidad social, la prevención de la exclusión social y el desarrollo de acciones dirigidas a la IS de las personas adictas a sustancias psicoactivas.
4. Se impulsará la coordinación entre los recursos asistenciales y de IS para conseguir la continuidad del itinerario terapéutico y de las intervenciones sectoriales necesarias para la inserción.
5. Se tendrá en cuenta la perspectiva de género en todo el proceso de IS y, en particular, en situaciones de personas drogodependientes o alcohólicas con hijos a cargo o mujeres víctimas de violencia de género.
6. La Administración del Principado de Asturias, de acuerdo con los órganos competentes de la Administración de Justicia y Penitenciaria, podrá facilitar procesos de incorporación en programas de centros de día, pisos de inserción u otros a personas afectadas por adicción a las drogas y/o las bebidas alcohólicas sometidas a alguna medida judicial o penitenciaria.
7. Para facilitar la incorporación en el mundo laboral de las personas dependientes de drogas o alcohol, se desarrollarán medidas dirigidas a la mejora de su ocupabilidad y, en especial, las siguientes:
 - a. planes de formación;
 - b. planes personalizados de inclusión social;
 - c. desarrollo de los aspectos personales para la ocupación;
 - d. información profesional para el empleo;
 - e. formación en técnicas de búsqueda activa de empleo.

ISLAS BALEARES: Ley 4/2005 de 29 de abril sobre drogodependencias y otras adicciones en las Islas Baleares.

Los procesos de IS son abordados en el Capítulo IV (De la atención a las personas con adicciones) del Título I de la Ley (Medidas relativas a las drogodependencias y otras adicciones), que dedica su Sección 4ª a la incorporación social.

Entre los criterios de actuación en este ámbito (art. 36) la Ley establece que:

1. La IS forma parte indisoluble del proceso de atención del drogodependiente. Desde el primer momento de la acogida del paciente, se ha de trabajar con el objetivo de la inserción.
2. La IS ha de ser integral. Por ello, cualquiera de los modelos de intervención que se aplique ha de tener como objetivo promover la mejora de la calidad de vida y alcanzar actitudes y hábitos de autonomía personal, autoestima y responsabilidades.
3. El proceso de IS ha de utilizar principalmente los recursos normalizados de la comunidad.

En su artículo 37, dedicado a los programas de incorporación social, señala que las administraciones públicas, de acuerdo con los respectivos marcos competenciales, han de velar por la adecuada reinserción social de la persona drogodependiente o con otra adicción en su entorno y por el asesoramiento y apoyo psicológico y social continuado de sus familiares. De manera específica han de promover:

- a. acuerdos entre instituciones y entidades para conseguir una atención global a las necesidades de salud e integración de los usuarios;
- b. programas destinados a cubrir las necesidades específicas de los drogodependientes;
- c. la coordinación entre los programas asistenciales y los específicos de IS para asegurar un abordaje integral y continuado;
- d. el Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears ha de definir las medidas y actuaciones básicas que han de tener los programas y servicios de integración social.

CANARIAS: Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias.

La Ley regula la inserción social, que define como el “proceso de incorporación de una persona a su ambiente habitual y social como ciudadano responsable y autónomo” (art. 2), en su Título II (Asistencia e integración social).

Entre los criterios generales a seguir en este ámbito establece que las acciones que se desarrollen en la Comunidad Autónoma de Canarias orientadas hacia las personas afectadas por drogodependencias, tendrán por finalidad, entre otras, las de:

- asegurar que dicha atención se preste de manera coordinada entre los servicios sanitarios y sociales;
- impulsar y desarrollar fórmulas de integración en un entorno social normalizado durante todo el tratamiento asistencial.

Entre las actuaciones en materia de asistencia e integración social, el artículo 12 de la Ley establece que la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias, dentro del ámbito de sus competencias y en colaboración con las Administraciones Públicas correspondientes, así como

con las entidades e instituciones privadas, convenientemente acreditadas, promoverá las actuaciones siguientes:

- a. la potenciación de programas de integración social de personas drogodependientes y de asesoramiento a sus familiares;
- b. el favorecimiento de programas de formación ocupacional y profesional del drogodependiente, al objeto de conseguir su progresiva incorporación social y laboral.

El artículo 17 de la Ley (inserción social) señala que desde el primer momento de la acogida del paciente se trabajará con el objetivo de la inserción, para lo cual los modelos de intervención que se apliquen tenderán a promover y afianzar actitudes y hábitos de autonomía personal, autoestima y asunción de responsabilidades. Asimismo, indica que los servicios sociosanitarios que le hayan acompañado en su proceso terapéutico apoyarán al drogodependiente en el proceso por el cual él mismo se va incorporando en su comunidad natural.

CANTABRIA: Ley de Cantabria 5/1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en materia de Drogodependencias.

La Ley regula la IS en su Título II (De la asistencia y la incorporación social). En su artículo 8 (Objetivos generales) señala que las acciones que se desarrollen en la Comunidad Autónoma de Cantabria orientadas hacia las personas drogodependientes tendrán por finalidad, entre otros objetivos:

- asegurar la coordinación entre los distintos servicios del sistema de asistencia e integración social del drogodependiente;
- mejorar los niveles de salud y la calidad de vida de las personas drogodependientes;
- mitigar la problemática social y jurídico-penal de la población drogodependiente;
- potenciar las fórmulas de IS del drogodependiente en un entorno social normalizado, especialmente a lo largo de todo el proceso asistencial;
- crear el clima y la cultura social que favorezca la solidaridad y la colaboración de la comunidad en la asistencia e integración social del drogodependiente.

El artículo 9 (Criterios de actuación) establece que los servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales de la Comunidad Autónoma de Cantabria adecuarán sus actuaciones, entre otros, a los siguientes criterios:

- a. la IS del drogodependiente es el objetivo final del proceso asistencial, por lo que se dispondrán las estructuras de paso en los programas asistenciales, así como la coordinación entre éstos y los de IS;
- b. la IS de las personas drogodependientes se apoyará en las redes generales y en su familia y entorno afectivo.

El artículo 10 señala que el Gobierno de Cantabria promoverá, entre otras, las siguientes actuaciones prioritarias:

- la atención a los drogodependientes desde las redes generales de los sistemas sanitario y de acción social, siempre desde un enfoque multidisciplinar;
- la potenciación de programas de IS de personas drogodependientes y de asesoramiento a sus familiares;

- la potenciación de programas de formación ocupacional y profesional del drogodependiente, con objeto de conseguir su progresiva incorporación social-laboral;
- la sensibilización social con el fin de promover la participación activa y solidaria de la comunidad en el proceso de asistencia e IS del drogodependiente.

CASTILLA Y LEÓN: Ley 3/1994 de 29 de marzo (modificada por la ley 3/2007 de 7 de marzo) de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León.

Los procesos de IS están regulados en el Título II de la Ley (De la asistencia y la integración social). El artículo 8 (Objetivos generales) señala que las acciones que se desarrollen en la Comunidad de Castilla y León orientadas hacia las personas drogodependientes tendrán por finalidad, entre otras:

- asegurar la coordinación entre los distintos servicios del sistema de asistencia e integración social del drogodependiente;
- mitigar la problemática social y jurídico-penal de la población drogodependiente;
- potenciar las fórmulas de integración social del drogodependiente en un entorno social normalizado a lo largo de todo el proceso asistencial;
- crear el clima y la cultura social que favorezca la solidaridad y la colaboración de la comunidad en la asistencia e integración social del drogodependiente.

Entre los criterios de actuación de los servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales de la Comunidad de Castilla y León en el ámbito de la integración social (art. 9) se incluyen los siguientes:

- a. la integración social del drogodependiente es el objetivo final del proceso asistencial, por lo que se potenciarán las estructuras de paso en los programas asistenciales, así como la coordinación entre éstos y los de reinserción social;
- b. la integración social de las personas drogodependientes se apoyará en las redes generales y en su familia y entorno afectivo, adoptando, cuando sea necesario, medidas especiales destinadas a conseguir la igualdad de oportunidades.

El artículo 10 de la Ley (Actuaciones prioritarias) establece que la Administración de la Comunidad de Castilla y León promoverá, entre otras, las siguientes actuaciones:

- a. la potenciación de programas de integración social de personas drogodependientes y de asesoramiento a sus familiares;
- b. la potenciación de programas de formación ocupacional y profesional del drogodependiente, con objeto de conseguir su progresiva IS y laboral;
- c. la sensibilización de la sociedad con el fin de promover la participación activa y solidaria de la comunidad en el proceso de asistencia e integración social del drogodependiente y de modificar las actitudes negativas hacia el mismo.

CASTILLA-LA MANCHA: Ley 15/2002, de 11 de julio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.

El artículo 4 (Principios generales) señala que las actuaciones en materia de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha responderán, entre otros principios generales, a la consideración integral e interdisciplinar de la prevención de las drogodependencias y de la asistencia e integración social del drogodependiente.

Los procesos de IS están regulados en el Capítulo III (De la asistencia e integración social del drogodependiente) del Título III.

El artículo 24 establece las características generales de los procesos de asistencia e integración social, entre las que se encuentran:

- la asistencia e integración social se constituye como un circuito terapéutico diversificado que integra de forma coordinada centros y servicios generales, especializados y específicos del sistema sanitario de Castilla-La Mancha en coordinación con los SS.SS, con participación de entidades privadas debidamente acreditadas;
- la integración social de los drogodependientes se hará preferentemente a través de recursos normalizados destinados a la población en general, fomentando la participación del tejido social.

En el artículo 26 (De la integración social) se fijan las directrices que deben orientar las actuaciones de la Administración Autonómica en esta materia, entre ellas:

- a. la integración social de las personas drogodependientes se realizará mediante una intervención individual y comunitaria, persiguiendo como fin último la integración y normalización del individuo en la sociedad;
- b. la Administración autonómica desarrollará programas destinados a facilitar al drogodependiente la adquisición y el desarrollo de las estrategias y los recursos personales y sociales que sean necesarios para su integración;
- c. en el ámbito familiar, se fomentarán estrategias dirigidas específicamente al apoyo y asistencia del entorno familiar del drogodependiente;
- d. en el ámbito laboral, se potenciarán aquellas actuaciones que incidan sobre el acceso al mismo de las personas drogodependientes, y en especial a través de acciones como planes de empleo, desarrollo de los aspectos personales para la ocupación, información profesional y técnicas de búsqueda activa de empleo. Asimismo, se establecerán planes de formación que capaciten a los drogodependientes y les permitan una más factible incorporación laboral;
- e. se fomentará la realización de actuaciones y programas educativos dirigidos principalmente a la adquisición de habilidades intelectuales, utilización de las capacidades básicas del aprendizaje y la nivelación cultural;
- f. con el fin de favorecer la efectiva integración social de los drogodependientes, los poderes públicos fomentarán los necesarios cambios en la percepción social del fenómeno de las drogodependencias que posibiliten la aceptación de las peculiaridades de las personas drogodependientes y de los servicios que necesitan.

CATALUÑA: Ley 20/1985, de 25 de julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia.

Son limitadas las referencias a los procesos de IS que se incluyen en la Ley.

El su Título III (De las medidas de prevención y asistencia de la dependencia de drogas no institucionalizadas) establece las directrices que deben servir de base a las acciones que se realicen en Cataluña en el ámbito de la información y educación sanitarias, de la asistencia de las dependencias de drogas no institucionalizadas y de la rehabilitación y reinserción de las personas con dependencias. Entre estas directrices se incluye:

- “Para las personas que hubiesen seguido un proceso de desintoxicación y deshabituación de la droga se propugnarán la adecuada rehabilitación psicosocial y su reinserción en la sociedad” (art. 10, apartado g).

Por su parte, el Título IV (De las medidas de control de la promoción de bebidas alcohólicas y de medidas de asistencia en la dependencia alcohólica) señala en el artículo 23 que se propugnarán la adecuada rehabilitación psicosocial y la reinserción en la sociedad de las personas que han seguido un proceso de desintoxicación y deshabituación del alcohol. El Consejo Ejecutivo promoverá centros, talleres, equipos de SS.SS y programas laborales y culturales que permitan conseguir la rehabilitación y reinserción referidas.

EXTREMADURA: Ley 1/1999, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia y Reinserción de las Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Extremadura y Resolución 529/IX. Actualización de la Ley de Drogodependencias.

Los procesos de IS se abordan en el Título IV de la Ley (De las medidas de reinserción del drogodependiente). Dentro del Capítulo I (Criterios generales de actuación), se establecen los siguientes criterios generales de actuación de las medidas de reinserción de la población drogodependiente (art. 26):

- se considera la reinserción como una parte más e indivisible y sin solución de continuidad del proceso terapéutico seguido por el drogodependiente;
- será considerada como el objetivo máximo de intervención en el proceso terapéutico;
- se potenciará la reinserción desde el medio comunitario propio del drogodependiente, utilizando para ello los recursos y servicios normalizados;
- se garantizará el acceso de los drogodependientes, en igualdad de condiciones que el resto de la comunidad, a programas de reinserción o resocialización;
- la Junta de Extremadura podrá establecer programas de reinserción individualizados en aquellos casos en los que no pudiese ser efectiva a través de los recursos normalizados de la comunidad.

En el Capítulo II (De las medidas de reinserción a través de los diferentes niveles de intervención en las drogodependencias) se señalan las responsabilidades de los diferentes niveles establecidos para la atención al colectivo drogodependiente:

1. Corresponde al primer nivel, la puesta en marcha de programas de reinserción comunitarios, atendiendo a los siguientes criterios (art. 28):
 - tendrán un carácter general y no segregante;
 - deberán contar con los recursos y servicios existentes en la comunidad de carácter normalizado;
 - se fomentará la participación activa de toda la comunidad en la puesta en marcha de estos programas de intervención;
 - a los agentes sociales del nivel primario de atención a las drogodependencias, les corresponde el planteamiento de alternativas al proceso de reinserción y resocialización de la comunidad;
 - el nivel primario deberá coordinarse con el resto de niveles de intervención para así conseguir la reinserción del drogodependiente en el medio socio-familiar.
2. Corresponde al segundo nivel de atención a las drogodependencias, las funciones de seguimiento terapéutico, analíticas de sustancias de abuso, asesoramiento, apoyo técnico y coordinación con el nivel primario de atención (art. 29).

3. La Junta de Extremadura fomentará la creación de estructuras de reinserción en el nivel terciario de intervención en drogodependencias, con los siguientes criterios de actuación (art. 31):
 - a. la reinserción laboral será su objetivo prioritario;
 - b. estará en coordinación con los niveles primario y secundario para la consecución de la reinserción social plena del drogodependiente;
 - c. serán estructuras dependientes de los centros específicos del nivel secundario.

GALICIA: Ley 2/1996, de 8 de mayo, de Galicia sobre drogas.

Los procesos de IS son abordados en el Título II de la Ley (De la asistencia y reinserción de los afectados por el consumo de drogas).

En el artículo 17 se establecen los criterios de actuación de los servicios sanitarios y sociales, entre los cuales se incluye: “Facilitar al drogodependiente una respuesta terapéutica de carácter global, mediante la coordinación permanente de los servicios sanitarios y sociales y la optimización racional de los recursos, procurando la adaptación social de los afectados y su reinserción en la sociedad”.

Por su parte el artículo 19 (De los servicios sociales) señala que:

- Las Administraciones públicas de Galicia velarán por el desarrollo y promoción de actuaciones encaminadas a garantizar la atención de las necesidades sociales de los afectados y a favorecer su integración social, mediante la utilización conjunta y coordinada de los diferentes programas de la red general de SS.SS.
- Directamente o en colaboración con las Administraciones Locales o la iniciativa social, la Administración Autonómica desarrollará programas orientados a la promoción del movimiento asociativo y a la integración familiar y social de los afectados y fomentará el voluntariado social u otras formas de apoyo y ayuda al drogodependiente que actúen coordinadamente con la red general de servicios sociosanitarios.

COMUNIDAD DE MADRID: Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.

Los procesos de integración social se regulan en el Capítulo IV (integración del drogodependiente) del Título II de la Ley 5/2002 (Asistencia e integración). En el mismo se definen los criterios generales de dichos procesos, entre ellos (art. 22):

- la cobertura de las situaciones de necesidad social y el desarrollo de acciones dirigidas a la integración social de las personas drogodependientes corresponde a los organismos competentes en materia de drogodependencias y de SS.SS de la Comunidad de Madrid;
- la integración social del drogodependiente forma parte de un plan global que incluye la intervención sobre el individuo, su entorno y la comunidad;
- la integración es un proceso flexible, en el que caben objetivos mínimos, intermedios y definitivos;
- la igualdad en el acceso a los recursos, actividades y prestaciones del sistema de las personas drogodependientes, insertándolas en el conjunto de las acciones normalizadas de todos los servicios públicos;
- los poderes públicos potenciarán actuaciones encaminadas a favorecer la integración social del drogodependiente, mediante el uso conjunto y coordinado de diferentes programas de la red de servicios sociosanitarios y SS.SS.

El artículo 23 establece las líneas prioritarias de actuación en el ámbito de la integración social, entre las cuales se incluyen:

- a. la integración social de las personas drogodependientes se realizará mediante una intervención individual y comunitarias;
- b. la Administración Autonómica desarrollará programas destinados a facilitar al drogodependiente la adquisición y el desarrollo de las estrategias y los recursos personales y sociales que sean necesarios para su integración;
- c. en el ámbito familiar, se fomentarán estrategias dirigidas específicamente al apoyo y asistencia del entorno familiar del drogodependiente;
- d. en el ámbito laboral, se potenciarán aquellas actuaciones que incidan sobre el acceso al mismo de las personas drogodependientes, y en especial a través de acciones como planes de empleo, desarrollo de los aspectos personales para la ocupación, información profesional y técnicas de búsqueda activa del empleo. Asimismo, se establecerán planes de formación que capaciten a los drogodependientes y les permitan una más factible incorporación laboral;
- e. en el ámbito de la juventud, se impulsarán intervenciones que fomenten la formación de grupos, aprovechando los programas generales educativos de capacitación profesional, empleo, vivienda y de la red de servicios sociosanitarios;
- f. se fomentará la realización de actuaciones y programas educativos dirigidos principalmente a la adquisición de habilidades intelectuales, utilización de las capacidades básicas del aprendizaje y la nivelación cultural;
- g. los poderes públicos fomentarán los necesarios cambios en la percepción social del fenómeno de las drogodependencias que posibiliten la aceptación de las peculiaridades de las personas drogodependientes y de los servicios que necesitan.

REGIÓN DE MURCIA: Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre drogas, para la prevención, asistencia e integración social.

En el Título III (De la integración social) se definen los objetivos generales en el ámbito de la integración social, los criterios de actuación y las actuaciones preferentes en esta materia. El artículo 27 establece que las actuaciones desarrolladas en el proceso de integración social de drogodependientes en la Región de Murcia estarán encaminadas a la consecución de los siguientes objetivos:

- facilitar el acceso de los drogodependientes a los recursos sociales normalizados;
- propiciar el desarrollo de programas específicos dirigidos a conseguir la integración social de drogodependientes;
- movilizar a la sociedad en la intervención comunitaria en drogodependencias;
- favorecer un cambio de actitudes en la población general que mejore la percepción social de los drogodependientes.

Entre los criterios de actuación en materia de integración se incluyen (art. 28):

- a. se creará una red de recursos sociales en materia de integración social de drogodependientes, formada por los recursos de las Administraciones públicas, entidades privadas, los propios afectados y sus familias y por la sociedad en general, que se desarrollará tanto en niveles de integración social inespecífica como de integración social específica;
- b. la red normalizada de recursos sociales se configurará en torno a los principios de universalidad, accesibilidad, descentralización y gratuidad en los servicios básicos, en su uso para la IS de drogodependientes;
- c. asimismo, se elaborarán programas específicos de integración social.

El artículo 29 establece las siguientes actuaciones preferentes por parte de la Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia:

1. Velar por el desarrollo y promoción de actuaciones encaminadas a garantizar la atención de las necesidades sociales de los afectados y a favorecer su integración social, mediante la utilización conjunta y coordinada de los diferentes programas de la red general de SS.SS.
2. Desarrollar acciones orientadas a:
 - a. incorporar en las tareas de integración a los trabajadores del ámbito social;
 - b. facilitar la formación del tejido asociativo para propiciar colaboración en las tareas de integración y de normalización social de drogodependientes;
 - c. aumentar el grado de sensibilización de la población en general, con el fin de generar actitudes positivas hacia el drogodependiente y su problemática.
3. Promover la puesta en marcha de programas específicos de integración social, programas de formación para drogodependientes, programas de integración en grupos o asociaciones juveniles y programas específicos de ocio y tiempo libre así como cualesquiera otros de análoga naturaleza o finalidad a los anteriores.
4. Dar prioridad en el marco de las acciones de integración social a aquellas que tiendan a facilitar el acceso al empleo de drogodependientes en proceso de deshabituación y a impulsar una mayor sensibilización de los agentes sociales.

PAÍS VASCO: Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias.

Entre los objetivos generales de la Ley se incluyen algunos afectan directamente al ámbito de la IS (art. 5):

- mejorar la salud y la calidad de vida de las personas con problemas por consumos de sustancias o con adicciones comportamentales, especialmente en el caso de quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad o exclusión.
- Facilitar la integración y la inclusión de las personas con adicciones a sustancias o con adicciones comportamentales.

Los procesos de inclusión social, regulados en el Título IV (Inclusión social), están fundamentados en el Sistema Vasco de Servicios Sociales y en el Sistema Vasco para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social. El artículo 57 define los principios generales de los sistemas públicos de atención:

- a. el Sistema Vasco de Servicios Sociales dará respuesta a las necesidades de atención social que pudieran presentar las personas con adicciones o riesgo de padecerlas mediante la articulación de los SS.SS de atención primaria o de atención secundaria que resulten pertinentes y, en particular, de los servicios orientados a prevenir y atender las situaciones de exclusión y a promover la integración social de las personas, de las familias y de los grupos;
- b. el Sistema Vasco para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social dará respuesta a las necesidades económicas básicas y a las necesidades de inclusión social y laboral que pudieran presentar las personas con adicciones o riesgo de padecerlas, mediante la articulación de las prestaciones económicas o de los instrumentos de activación orientados a su inclusión social o laboral.

Las áreas y criterios de actuación aplicables en la atención a personas con adicción o riesgo de padecerla en el ámbito de los SS.SS incluyen (artículo 58):

1. El Sistema Vasco de Servicios Sociales, en su atención a las personas con adicción o con riesgo de padecerla, se aplicará de forma prioritaria a:
 - a. la prevención de las causas que conducen a la exclusión social de las personas con adicción o riesgo de padecerla, y que limitan su autonomía;
 - b. la promoción de la autonomía y de la inclusión social de las personas que presentan adicción o riesgo de padecerla, en los casos en los que se observe que se encuentran en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo;
 - c. la atención a las personas con adicción o riesgo de padecerla, en el contexto del Catálogo de Prestaciones y Servicios Sociales que resulten pertinentes en función de si se encuentran en riesgo o en situación de desprotección, dependencia o exclusión social, mediante la articulación de los servicios o prestaciones económicas más idóneas, en el marco de un plan de atención personalizada.
2. El Sistema Vasco de Servicios Sociales promoverá iniciativas orientadas a la progresiva modificación de la percepción social del fenómeno de las adicciones y a la eliminación de estereotipos.

Las áreas y criterios de actuación aplicables en la atención a las personas con adicción o riesgo de padecerla en el ámbito de la garantía de ingresos y la activación, incluyen, entre otros (artículo 59):

El Sistema Vasco para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social, en su atención a personas con adicción o riesgo de padecerla, se aplicará a:

- a. garantizar la cobertura de sus necesidades económicas básicas, mediante la tramitación de la Renta de Garantía de Ingresos y de la Prestación Complementaria de Vivienda;
- b. promover su inclusión social mediante la instrumentación de medidas de activación en el marco de los instrumentos de inclusión activa previstos.

LA RIOJA: Ley 5/2001, de 17 de octubre, sobre drogodependencias y otras adicciones.

En el Título II (Asistencia e inserción social de las personas con drogodependencias y otras adicciones) se regulan diferentes aspectos relativos a la IS. En el artículo 15 (Medidas generales para la asistencia e inserción social) se señala que corresponde a las Administraciones Públicas, en sus respectivos ámbitos de competencias, asegurar que las acciones que se desarrollen en la Comunidad Autónoma de La Rioja orientadas hacia las personas con drogodependencias y otros trastornos adictivos, tengan como finalidad (entre otros objetivos):

- asegurar la coordinación entre los distintos servicios de la red de asistencia e inserción social de las personas con drogodependencia y otras adicciones;
- garantizar el respeto a los derechos de las personas con drogodependencias y otras adicciones como usuarios de los servicios de las Administraciones Públicas;
- favorecer la inserción de las personas drogodependientes potenciando su consideración de enfermo ante el cumplimiento de penas;
- potenciar fórmulas de inserción social del drogodependiente en entornos sociales y laborales normalizados;
- crear el clima y la cultura social que favorezca la solidaridad y la colaboración de la sociedad en la asistencia e inserción social de las personas con adicciones.

El artículo 20 (Criterios de actuación en la inserción social de las personas con drogodependencias) señala que la inserción social de los drogodependientes será elemento esencial en la plena integración social y laboral de las personas afectadas y de su entorno, según los siguientes criterios:

- a. la inserción social se entiende como una parte ligada, de modo continuado, con el proceso asistencial del drogodependiente;
- b. se considera que la inserción debe ser integral e incidir en los distintos aspectos de la persona (Individual, familiar, educativo, sanitario y laboral), además de la acción sobre el entorno social del drogodependiente;
- c. la inserción debe ser entendida como un proceso flexible en el que caben objetivos mínimos, intermedios y definitivos;
- d. se debe tender a la utilización máxima de recursos normalizados de la comunidad para la realización de este proceso. Esto deberá completarse con el desarrollo de actuaciones específicas que busquen la cobertura de carencias, entendidas como puente para la utilización de recursos normalizados;
- e. se debe perseguir la autonomía personal y la participación sociolaboral mediante la elaboración de itinerarios de inserción personalizados.

El artículo 21 (Inserción social y programas específicos) establece que el Gobierno de La Rioja promoverá:

- a. programas de inserción social de drogodependientes desde la educación, el empleo y los SS.SS;
- b. dentro del carácter general de las medidas de inserción social se procurará elaborar programas para cubrir las necesidades específicas del colectivo;
- c. la creación de órganos de coordinación de los programas asistenciales y de inserción de drogodependientes para asegurar un abordaje continuado e integrado de los mismos.

Un elemento recurrente de las leyes autonómicas sobre drogas y adicciones son las referencias expresas que varias de estas normas legales hacen a que los procesos de IS deben sustentarse en el uso de recursos normalizados, tal y como se indica en las siguientes referencias:

- Aragón: artículo 20, apartado d.
- Islas Baleares: artículo 36, punto 3.
- Cantabria: artículo 9, punto 5.
- Castilla y León: artículo 9, punto 5.
- Castilla – La Mancha: artículo 24, punto 5.
- Extremadura: artículo 26, punto 3.
- Galicia: artículo 19, punto 1.
- La Rioja: artículo 20, punto 4.

A MODO DE RESUMEN

Todas las CC.AA, salvo la Comunidad Valenciana y la Comunidad Foral de Navarra, disponen de leyes autonómicas sobre drogas y otras adicciones que regulan los procesos de incorporación social. No obstante, el contenido de las leyes evidencia la existencia de diferentes enfoques acerca de cómo deben abordarse los procesos de IS en adicciones, en particular en lo relativo al papel que deben jugar en estos procesos los recursos normalizados y específicos para población con trastornos adictivos.

3.3. La incorporación social en las estrategias y planes autonómicos sobre adicciones

Todas las CC.AA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla disponen de estrategias y/o planes autonómicos sobre drogas o adicciones, muchos de ellos prorrogados de facto (Tabla 3).

Tabla 3. Estrategias y planes autonómicos sobre drogas y adicciones

Comunidad Autónoma	Denominación de la Estrategia o Plan
Andalucía	III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2016-2021
Aragón	III Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón 2018-2024
Principado de Asturias	Plan sobre drogas del Principado de Asturias 2010-2016
Islas Baleares	Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011
Canarias	IV Plan Canario sobre Adicciones 2022-2024
Cantabria	Estrategia sobre Drogas de Cantabria 2014-2018
Castilla y León	VII Plan Regional sobre Drogas 2017-2021
Castilla – La Mancha	Plan Regional de Adicciones de Castilla-La Mancha 2022-2025
Cataluña	Plan de drogas y adicciones comportamentales 2019-2023
Comunidad Valenciana	III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunitat Valenciana Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027
Extremadura	Plan de Adicciones de Extremadura 2018-2023
Galicia	Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011-2016 (está en proceso de elaboración el Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2023-2026).
Comunidad de Madrid	Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones 2022-2024
Región de Murcia	Plan Regional sobre Adicciones 2021- 2026
Comunidad Foral de Navarra	III Plan de Prevención: Drogas y Adicciones 2018-2023
País Vasco	VII Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi 2017 – 2021
La Rioja	Plan de prevención de adicciones de La Rioja 2018-2024

Ciudad Autónoma	Denominación de la Estrategia o Plan
Ceuta	I Plan sobre Drogas y otras Conductas Adictivas 2012-2016
Melilla	II Plan Sobre Drogas y Adicciones de la Ciudad Autónoma de Melilla 2014-2017

Fuente: elaboración propia.

Los procesos de IS tienen un tratamiento diferenciado en el marco de las estrategias y los planes autonómicos sobre drogas y/o adicciones que afectan, fundamentalmente, a la relevancia de la IS como área de actuación en estos instrumentos de planificación. Respecto a esta cuestión hay que destacar las siguientes situaciones:

- a. Dos CC. AA (la Comunidad Foral de Navarra y La Rioja) circunscriben sus planes sobre adicciones específicamente al ámbito de la prevención, tal y como refleja su propio enunciado. Ambas comunidades impulsan un modelo generalista para abordar los procesos de exclusión social, que asigna la responsabilidad de los mismos a los sistemas de SS.SS y de empleo.
- b. Otras tres CC. AA, Aragón, Castilla–La Mancha y la Comunidad de Madrid, no incluyen en sus planes de adicciones ninguna referencia a los procesos de IS.
- c. Cuatro planes autonómicos sobre adicciones asignan un escaso protagonismo o relevancia a las intervenciones en el ámbito de la IS (Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana y País Vasco).
- d. Ocho planes autonómicos sobre adicciones (Andalucía, Principado de Asturias, Islas Baleares, Canarias, Castilla y León, Extremadura, Galicia y Región de Murcia) y los Planes sobre Drogas de Ceuta y Melilla atribuyen un papel relevante a las intervenciones en materia de IS.

Figura 1. Relevancia del área de incorporación social en las estrategias y planes autonómicos sobre drogas y adicciones



Fuente: elaboración propia.

Los planes autonómicos de adicciones que incluyen referencias concretas a los procesos de exclusión y/o incorporación social (todos salvo los de Aragón, Castilla – La Mancha, Comunidad de Madrid, La Rioja y Comunidad Foral de Navarra) lo hacen, bien entre sus líneas prioritarias u objetivos o áreas estratégicas, bien como un área de intervención específica (Figura 2).

Figura 2. Presencia de la incorporación social entre las líneas de acción prioritarias o como área de actuación específica en las estrategias y planes autonómicos de adicciones

Planes en los que la incorporación social aparece entre sus líneas prioritarias u objetivos estratégicos	
• Andalucía • Principado de Asturias • Islas Baleares • Canarias • Castilla y León	• Comunidad Valenciana • Galicia • Región de Murcia • País Vasco
Planes en los que la incorporación social figura como área de actuación específica	
• Andalucía • Principado de Asturias • Islas Baleares • Canarias • Cantabria • Castilla y León	• Comunidad Valenciana • Cataluña • Extremadura • Ceuta • Melilla

Fuente: elaboración propia.

3.4. La perspectiva de género en las políticas en materia de incorporación social en adicciones

3.4.1. Referencias a la perspectiva de género en las leyes autonómicas sobre drogas y adicciones

Solo tres de las quince leyes autonómicas sobre drogas y adicciones (la Comunidad Valenciana y Navarra carecen de este instrumento legal) incluyen referencias en su texto a la perspectiva de género: Aragón, Asturias y País Vasco. Esta circunstancia se explica, en parte, por el hecho de que la mayoría de estas leyes fueron aprobadas en la década de los años noventa del siglo pasado, etapa en la cual el género no tenía apenas relevancia en las políticas públicas.

Las menciones que estas leyes hacen a la perspectiva de género son, básicamente, las siguientes:

- a. Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias de Aragón.
En su artículo 20, en el que define los criterios de actuación en el ámbito de la reinserción, se incluye la siguiente mención:

“Se incorporará la perspectiva de las mujeres en la asistencia sanitaria en función de la diferente problemática que plantee este colectivo de personas drogodependientes”.

- b. Ley del Principado de Asturias 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas.
En su artículo 32 (Incorporación social), apartado 5, señala que:

“Se tendrá en cuenta la perspectiva de género en todo el proceso de IS y, en particular, en situaciones de personas drogodependientes o alcohólicas con hijos a cargo o mujeres víctimas de violencia de género”.

- c. Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias del País Vasco.

Entre los principios rectores de las actuaciones a llevar a cabo en la Comunidad Autónoma de Euskadi en materia de adicciones, tanto a sustancias como comportamentales, se incluye (art. 3) el principio de perspectiva de género, como un enfoque particular de la equidad que busca eliminar las desventajas o desigualdades existentes entre hombres y mujeres.

En su artículo 55 (Atención a colectivos específicos) señala que:

“Las administraciones con responsabilidades en materia sociosanitaria atenderán debidamente a la perspectiva de género en todos sus programas, servicios y actuaciones, y se establecerán abordajes específicos en aquellas situaciones en las que la adicción se vea acompañada por otras circunstancias sociológicamente caracterizadas, como la violencia machista”.

3.4.2. Referencias a la perspectiva de género en las estrategias y planes sobre drogas y adicciones

1. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024

La perspectiva de género tiene un papel relevante en el marco de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (ENA) y del Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024. La ENA incluye las siguientes referencias a la misma:

- dentro del análisis de la situación de las adicciones en España se aborda la evolución de las adicciones desde la perspectiva de género;
- el género aparece como una de los grandes retos pendientes, incidiendo en que es fundamental mejorar la incorporación efectiva de las necesidades específicas de la mujer a todos los programas de prevención y atención;
- entre los principios rectores de la ENA se incluye la perspectiva de género;
- también lo hace dentro de los objetivos estratégicos en el Área de Atención integral y multidisciplinar, entre los que se incluyen “Incluir la perspectiva de género en todos los niveles del proceso asistencial”.

El Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024 incorpora como uno de sus principios rectores la perspectiva de género. Asimismo, entre los objetivos en el Área de Atención integral y Multidisciplinar incluye “Favorecer la asistencia especializada y adecuada a las mujeres adictas víctimas de violencia de género”. Entre las acciones previstas en este mismo Área, asociadas al objetivo de mejorar la respuesta de la red asistencial de adicciones a necesidades y poblaciones específicas, figura como acción 6.2 “Analizar barreras de género en el acceso a los diferentes recursos asistenciales”.

Por su parte, entre las acciones del Plan de Acción en el Área de Incorporación Social figura el “Proyecto de mejora y extensión de los programas de IS, con especial atención a las necesidades de las mujeres”.

Finalmente, y dentro de las actividades incluidas en el Área de Gestión del Conocimiento, se incluye la realización de actividades formativas para profesionales sociosanitarios, decisores políticos, técnicos y otros de los diferentes sectores implicados en el PNSD en una serie de contenidos

básicos, entre los que se menciona de manera expresa la perspectiva de género en las diferentes áreas de reducción de la demanda y violencia de género y adicciones.

2. Estrategias y Planes Autonómicos sobre Drogas y Adicciones

La perspectiva de género tiene una presencia desigual en las estrategias y planes autonómicos sobre drogas y adicciones. En varios de los planes la misma se limita a una mera referencia programática, habitualmente como un principio rector.

III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2016-2021

Entre sus líneas prioritarias incluye como la Nº 1: Integración de la perspectiva de género, como línea transversal a todas las Áreas del III Plan, considerando la situación, condiciones y necesidades diferenciales de las mujeres y de los hombres, con el fin último de hacer efectiva la igualdad entre ambos.

También incluye referencias a la perspectiva de género entre los objetivos generales y específicos de las áreas de actuación de prevención, atención socio-sanitaria y de IS.

III Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón 2018-2024

El Principio de equidad figura entre los principios rectores del Plan, indicando que todas las intervenciones e iniciativas de prevención tendrán en cuenta la superación de las desigualdades sociales, económicas, culturales, territoriales y de género.

Plan sobre Drogas del Principado de Asturias 2010-2016

El Plan incluye algunas referencias a la perspectiva de género entre los objetivos en el ámbito de la prevención, así como entre las acciones vinculadas a ciertos objetivos en el ámbito del tratamiento integral: asistencia e incorporación social, como el de “Mejorar la asistencia en el sistema sanitario público en drogodependencia”, que contempla la introducción de la perspectiva de género en la oferta de servicios del sistema, considerando las necesidades específicas de mujeres y varones.

Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011

Entre los principios y valores rectores del Plan se incluye la perspectiva de género. Asimismo, entre los objetivos estratégicos generales del Plan figura “Incorporar progresivamente programas de multiculturalidad y defensa de los derechos del menor, perspectiva de género, discapacidades, tercera edad, etc., en todos los niveles de actuación en drogodependencias y adicciones”.

Dentro del área de prevención la perspectiva de género figura como uno de los ámbitos de actuación.

IV Plan Canario sobre Adicciones 2022-2024

Entre los principios rectores del Plan se incluye la perspectiva de género. Asimismo, diferentes actuaciones previstas en el plan en las áreas de prevención, atención integral e IS aluden a dicha perspectiva.

Estrategia sobre Drogas de Cantabria 2014-2018

Menciona entre sus principios rectores la transversalidad de género.

VII Plan Regional sobre Drogas 2017-2021 de Castilla y León

La perspectiva de género se incluye entre los principios estratégicos del Plan. Asimismo, entre las acciones clave de la Línea Estratégica 3 (Asistencia e integración social de drogodependientes) se incluye el desarrollo de actuaciones asistenciales específicas en los centros acreditados de tratamiento con mujeres drogodependientes víctimas de violencia de género.

Plan Regional de Adicciones de Castilla-La Mancha 2022-2025

Incluye entre sus principios rectores la transversalidad de género.

Varias de las acciones a desarrollar en los ámbitos de la prevención y de la asistencia a las personas con adicciones aluden a la perspectiva de género.

Plan de drogas y adicciones comportamentales 2019-2023 de Cataluña

Entre los principios rectores del Plan se incluye la sensibilidad a los aspectos de géneros y otros ejes de desigualdades sociales. Entre las actividades asociadas a las diferentes líneas estratégicas (Construcción de comunidades educadoras y resilientes enfrente de las drogas y las adicciones comportamentales, Empoderamiento de la persona y compromiso con sus derechos y Mejora en salud y bienestar: de la prevención universal a la reducción de daños) se incluyen referencias a la perspectiva de género.

Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027

Entre las acciones previstas en el Plan se incluye “Diseñar e implementar, en todos los departamentos de salud de la Comunidad Valenciana, un programa de orientación y asesoramiento a mujeres con enfermedad mental -incluyendo las adicciones- que se planteen la maternidad o ya estén embarazadas”.

Plan de Adicciones de Extremadura 2018-2023

La perspectiva de género tiene un papel relevante en el contenido del Plan, que figura como uno de sus principios rectores.

La igualdad y perspectiva de género constituye un área de intervención específica del Plan. Además, en el resto de áreas de intervención (prevención y reducción del riesgo de conductas adictivas, asistencia sociosanitaria e inclusión social y menores y jóvenes) son recurrentes las referencias a la perspectiva de género.

Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011-2016

La inclusión de la perspectiva de género figura como uno de los principios orientadores del Plan.

Algunos de los objetivos incluidos en el Plan están directamente vinculados a la perspectiva de género: “Incorporar de manera transversal la perspectiva de género en todos los programas preventivos promovidos o financiados por la Xunta de Galicia” o “Impulsar estrategias que faciliten la accesibilidad a los servicios asistenciales y la adhesión al tratamiento de las mujeres con trastornos adictivos”.

Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid 2022-2024

El enfoque con perspectiva de género es uno de los principios rectores del Plan.

En la Línea estratégica 4 (Atención a las personas con trastornos adictivos) se incluye como objetivo específico “Favorecer la asistencia especializada y adecuada a las mujeres con trastornos adictivos víctimas de violencia de género”. Por su parte, en la Línea estratégica 10 (Participación, humanización y lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con problemas de salud mental) incorpora como objetivo específico “Mejorar la atención a la salud mental de las víctimas de violencia de género y prevenir la violencia de género en las personas con trastorno mental grave”.

Plan Regional sobre Adicciones 2021-2026 de la Región de Murcia

Entre sus principios rectores incluye la perspectiva de género.

Entre los objetivos y las acciones relacionadas con los Ejes del Plan de Prevención y reducción del riesgo, Asistencia, Reducción de daños e Incorporación social son recurrentes las referencias a la perspectiva de género.

VII Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi 2017 – 2021

Entre los principios del Plan se incluye la equidad, dentro del cual la perspectiva de género adquiere una destacada relevancia.

Entre los retos de futuro relacionados con los programas y actuaciones en el ámbito de las adicciones se hace mención a la inclusión de la perspectiva de género, desarrollando actuaciones específicas para mujeres y hombres cuando sea necesario.

Como objetivo general del Eje 3 del Plan (Asistencia sanitaria y sociosanitaria e inclusión social) se incluye: “Minimizar los riesgos y daños derivados de las adicciones y de conductas y consumos problemáticos y, a través de la red sanitaria y de SS.SS de Euskadi, dar respuesta continuada, coordinada, eficaz y con perspectiva de género a las necesidades asistenciales que implica el fenómeno de las adicciones”. Además, entre los objetivos y acciones de los Ejes de Prevención y de Reducción de daños también se incluyen referencias a la perspectiva de género.

Plan de prevención de adicciones de La Rioja 2018-2024

La perspectiva de género es un eje transversal del Plan, mientras que la integración de la perspectiva de género en la salud pública es uno de sus principios rectores. El Plan incluye entre sus líneas estratégicas “Incorporar la perspectiva de género, la transculturalidad y la diversidad en los objetivos y acciones formativas e investigadoras, así como en las acciones preventivas y asistenciales”.

Como objetivo general Nº 3 del Plan figura “Aplicar la perspectiva de género de manera transversal en todas las acciones y fases del Plan de Prevención de Adicciones”. También recoge referencias a la necesidad de incluir la perspectiva de género en acciones vinculadas a otros objetivos del Plan”.

I Plan sobre Drogas y otras Conductas Adictivas 2012-2016 de la Ciudad Autónoma de Ceuta

La perspectiva de género aparece como uno de los principios rectores del Plan.

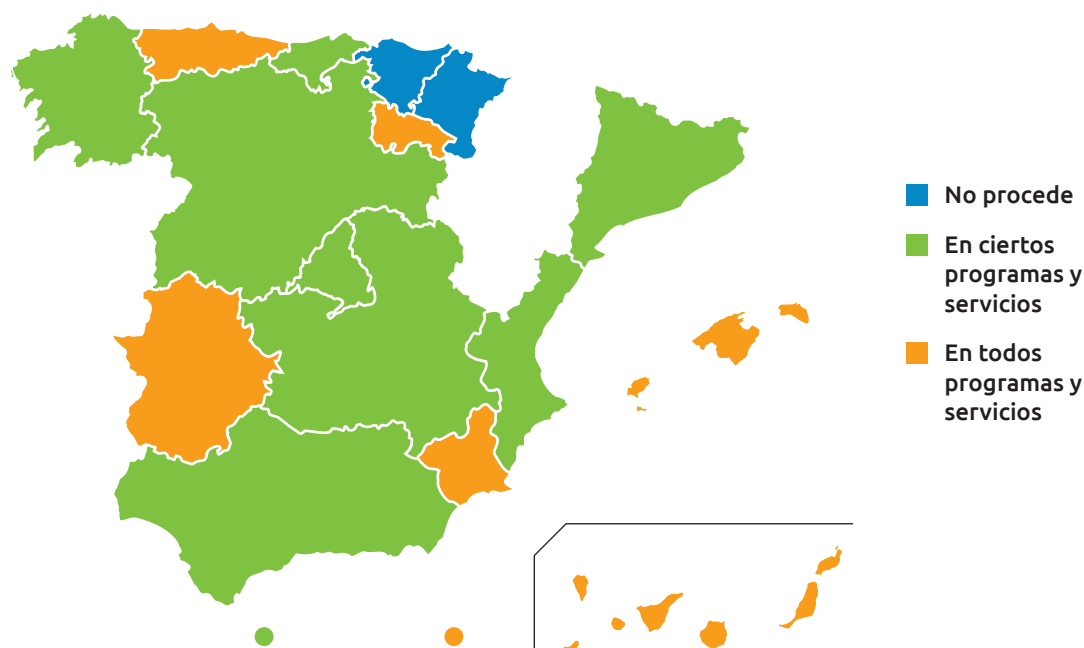
Entre los objetivos específicos del Plan se incluye el de “Potenciar estrategias de actuación desde la perspectiva de género”.

La única referencia a la perspectiva de género del Plan es la inclusión de la universalidad, equidad y perspectiva de género entre sus principios rectores.

En el marco del presente estudio se solicitó a las personas responsables del área de IS en las diferentes Comunidades y Ciudades Autónomas que indicaran en qué medida los programas y servicios de IS específicos para personas con trastornos adictivos que desarrollan y/o financian sus respectivas instituciones incluyen la perspectiva de género.

Seis CC.AA y Melilla indican que todos los programas y servicios de IS específicos para población con adicciones incluyen la perspectiva de género, mientras que siete CC.AA y Ceuta señalan que solo algunos de estos programas lo hacen (Figura 3).

Figura 3. Inclusión de la perspectiva de género en los programas y servicios de incorporación social específicos para personas con trastornos adictivos



Fuente: elaboración propia.

(*) Navarra y País Vasco refieren no disponer de servicios específicos de IS para personas con adicciones.

(**) Aragón no facilita información al respecto.

Hay que señalar que cinco CC.AA (Castilla y León, Extremadura, Galicia, Región de Murcia y La Rioja) y la Ciudad Autónoma de Ceuta disponen de programas/servicios de IS específicos para mujeres con trastornos adictivos (Tabla 4). Andalucía tiene pendiente la publicación del Protocolo de Coordinación de los Servicios Públicos Andaluces de Atención a Mujeres y Adicciones Víctimas de Violencia de Género.

Tabla 4. Dependencia administrativa de los programas y servicios de incorporación social específicos para mujeres con adicciones

CC.CA	Dependencia de los recursos de IS específicos para mujeres
Principado de Asturias	Ayuntamiento de Mieres y entidades sociales
Castilla y León	Dirección General de la Mujer (Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades)
Extremadura	Secretaría Técnica de Drogodependencia
Galicia	Secretaría General de Igualdad (Consellería de Promoción del Empleo e Igualdad)
Región de Murcia	Servicio Murciano de Salud, Gerencia de Salud Mental
La Rioja	Entidades sociales sin fin de lucro
Ceuta	Plan Sobre Drogas y otras Conductas Adictivas

Fuente: elaboración propia.

A MODO DE RESUMEN

La perspectiva de género se menciona en la mayoría de las estrategias y planes autonómicos de adicciones, si bien precisa de un mayor grado de operativización en acciones concretas.

4. POLÍTICAS GENERALES DE LAS COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS EN MATERIA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

La descentralización es un elemento característico de nuestro ordenamiento político y administrativo, un proceso que es especialmente perceptible en lo relativo a las políticas sociales. Nuestro actual ordenamiento jurídico atribuye a las comunidades autónomas y a la Administración Local un papel relevante en el diseño y la gestión de las políticas sociales, particularmente en el ámbito de los SS.SS.

No obstante, los diferentes departamentos de la Administración General del Estado han promovido diversas políticas que afectan directamente a los procesos de IS, que complementan las actuaciones promovidas en esta materia por las Administraciones Autonómica y Local. Entre estas políticas destacan:

1. La creación del Fondo Social de Viviendas, iniciativa del Gobierno de España recogida en el Real Decreto Ley 27/2012 sobre medidas urgentes para reforzar la protección de deudores hipotecarios, que pretende facilitar el acceso a una vivienda en régimen de arrendamiento a personas que han sido desalojadas de su vivienda habitual por el impago de un préstamo hipotecario, cuando concurren en ellas circunstancias de especial vulnerabilidad.
2. La aprobación de la Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023, una iniciativa que pretende prevenir y reducir la pobreza general e infantil, particularmente la pobreza severa, mediante el aseguramiento de unos ingresos mínimos, reducir las desigualdades de renta y mejorar las prestaciones sociales para proteger a la infancia y a las familias.
3. La puesta en marcha del Ingreso Mínimo Vital (regulado por la Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el Ingreso Mínimo Vital). Con esta prestación no contributiva de la Seguridad Social se pretende prevenir el riesgo de pobreza y exclusión social de las personas y familias en situación de vulnerabilidad económica.
4. Las políticas activas de empleo impulsadas por el Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE).
5. La aprobación de la Ley 3/2023, de 28 de febrero, de Empleo. Esta Ley establece en su artículo 50 una serie de “Colectivos de atención prioritaria para la política de empleo”, entre los que se incluyen las personas en situación de exclusión social y las personas afectadas por drogodependencias y otras adicciones. Asimismo, señala que, teniendo en cuenta las especiales circunstancias de estos colectivos, corresponde al Sistema Nacional de Empleo, en sus distintos niveles territoriales y funcionales y de manera coordinada y articulada asegurar el diseño de itinerarios individuales y personalizados de empleo que combinen las diferentes medidas y políticas, debidamente ordenadas y ajustadas al perfil profesional de las personas que los integran y a sus necesidades específicas.

Estas políticas de ámbito estatal complementan las políticas que las diferentes CC.AA vienen aplicando en materia de IS, cuyo contenido se describe a continuación.

4.1. Leyes autonómicas de servicios sociales y/o reguladoras del derecho a la inclusión social

Las normas legales que en las CC.AA regulan los procesos de IS para el conjunto de la población (no específicas para personas con trastornos adictivos) son, fundamentalmente de dos tipos: a) Leyes de Servicios Sociales y b) Leyes reguladoras del derecho a la inclusión social.

4.1.1. Leyes autonómicas de servicios sociales

Todas las CC.AA disponen de leyes de servicios sociales (Tabla 5).

Tabla 5. Leyes autonómicas de servicios sociales

Comunidad Autónoma	Denominación
Andalucía	Ley 9/2016 de 27 de diciembre de Servicios Sociales de Andalucía
Aragón	Ley 5/2009 de 30 de junio de Servicios Sociales de Aragón
Principado de Asturias	Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales
Islas Baleares	Ley 4/ 2009, de 11 de junio de Servicios Sociales de las Islas Baleares
Canarias	Ley 16/2019 de 2 de mayo de Servicios Sociales de Canarias
Cantabria	Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales
Castilla y León	Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León
Castilla – La Mancha	Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha
Cataluña	Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales de Cataluña
Comunidad Valenciana	Ley 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunidad Valenciana
Extremadura	Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura
Galicia	La Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales para Galicia (parcialmente modificada por la Ley 8/2016)
Comunidad de Madrid	Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid
Región de Murcia	Ley 3/2021, de 29 de julio, de Servicios Sociales de la Región de Murcia
Comunidad Foral de Navarra	Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales
País Vasco	Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales
La Rioja	Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja

Fuente: elaboración propia.

(*) Las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla carecen de leyes de Servicios Sociales.

Los catálogos de prestaciones y/o carteras de servicios de los sistemas autonómicos, referenciados en las leyes de servicios sociales de diez CC.AA (Andalucía, Aragón, Principado de Asturias, Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia y Comunidad Foral de Navarra), incluyen servicios o prestaciones directamente relacionadas con los procesos de inclusión/exclusión social, al margen de las prestaciones económicas vinculadas con la renta social básica y a situaciones de emergencia social (Tabla 6).

Tabla 6. Prestaciones técnicas y económicas incluidas en los catálogos de prestaciones y/o carteras de servicios de los sistemas autonómicos de servicios sociales, directamente vinculadas con la incorporación social

Andalucía
• Prestaciones económicas específicas y directas orientadas a la erradicación de la marginación y la desigualdad y a la lucha contra la exclusión social, que deberán incorporar un itinerario a través de un plan de inclusión y/o inserción sociolaboral; • alojamiento alternativo; • tratamiento integral para las personas con problemas de drogodependencia y otras adicciones.
Aragón
• Servicios para el apoyo de la inclusión social; • prestaciones económicas: • prestaciones económicas para situaciones de urgencia; • prestaciones económicas para facilitar la integración social; • renta básica social.
Principado de Asturias
• Medidas dirigidas a prevenir la exclusión social y a promover la autonomía de las personas; • medidas dirigidas a garantizar ingresos mínimos y fomentar la inclusión social; • medidas de apoyo, individuales o familiares, en situaciones de emergencia social; • prestaciones económicas para facilitar los procesos de IS.
Islas Baleares
• Respuesta inmediata a las situaciones de emergencia social; • prestaciones que den cobertura a las necesidades básicas de las personas: • alojamiento, alimentación y vestido; • accesibilidad a la información y a los recursos del sistema de SS.SS.
Canarias
• Diagnóstico social: • orientación y seguimiento; • acompañamiento social; • intervención, que incluye: • prevención e intervención sociocomunitaria e inclusión social; • intervención socioeducativa y psicosocial (adquisición de conocimientos, actitudes, hábitos o capacidades para el desenvolvimiento autónomo e integración social); • intervención sociosanitaria: • intervención sociolaboral de colectivos en riesgo o exclusión social (orientadas a promover el acceso a la inclusión de estos colectivos, mediante la incorporación al mercado laboral); • atención residencial (temporal o permanente); • alojamiento para personas sin hogar.
Cantabria
a) Prestaciones de servicio: • servicio de información general y especializada; • servicio de evaluación y diagnóstico; • servicio de orientación individual y familiar. b) Prestaciones económicas: • Renta Social Básica; • prestación económica de emergencia social.
Castilla y León
Prestaciones esenciales: • información, orientación y asesoramiento; • valoración, planificación de caso y seguimiento; • renta garantizada de ciudadanía; • ayudas destinadas a la atención de necesidades básicas de subsistencia en situaciones de urgencia social. Entre las prestaciones del Catálogo de Servicios Sociales se incluye la prevención de las situaciones de exclusión social y desprotección.

Tabla 6. Prestaciones técnicas y económicas incluidas en los catálogos de prestaciones y/o carteras de servicios de los sistemas autonómicos de servicios sociales, directamente vinculadas con la incorporación social (CONTINUACIÓN)

Castilla – La Mancha
Prestaciones técnicas garantizadas: • información y orientación; • estudio, valoración y acompañamiento; • alojamiento temporal para situaciones de urgencia social; • prevención y atención integral ante situaciones de exclusión social; • fomento de la participación social en el ámbito comunitario. Prestaciones económicas garantizadas: • Renta Básica. Prestaciones económicas condicionadas: • Prestación de Emergencia Social; • prestaciones económicas dirigidas a la atención de necesidades específicas.
Cataluña
Prestaciones de servicio: • información sobre los recursos sociales disponibles y sobre el acceso a los mismos; • orientación sobre los medios más adecuados para responder a las necesidades planteadas; • asesoramiento y apoyo a las personas y los grupos que necesitan la actuación social; • valoración singularizada y el diagnóstico social de las situaciones personales, convivenciales y familiares y de las demandas sociales; • atención residencial sustitutiva del hogar.
Comunidad Valenciana
Prestaciones profesionales: • información, orientación y asesoramiento; • análisis y valoración de las situaciones de necesidad; • prevención; • atención psicosocial y socioeducativa; • intervención y participación comunitaria; • atención a las necesidades básicas; • atención de las situaciones de urgencias sociales; • apoyo a la inclusión social. Prestaciones económicas: • Garantía de ingresos básicos; • destinadas a cubrir las necesidades básicas y paliar las situaciones de urgencia social.
Extremadura
Prestaciones Garantizadas en los SS.SS de Atención Social básica: • información, valoración y orientación; • acompañamiento social en situaciones de exclusión social. Prestaciones Garantizadas en los SS.SS de Atención Especializados: • información, orientación, asesoramiento y diagnóstico especializado, • Renta Básica Extremeña de Inserción.
Galicia
Intervenciones o servicios de carácter técnico-profesional: • información, orientación, asesoramiento y acompañamiento a las personas, familias o grupos; • valoración y diagnóstico social de las demandas de la ciudadanía; • intervención social, biopsicosocial, sociológica o socioeducativa para adquisición/recuperación de funciones y habilidades personales y sociales de cara a la mejora de la autonomía, de la convivencia social y familiar y de la inclusión social. Servicios y actuaciones de naturaleza material: • atención residencial, que comporta alojamiento, continuado o temporal, sustitutivo del hogar; • manutención (en locales de atención colectiva o en el propio domicilio). Prestaciones económicas: • rentas de inclusión social; • ayudas de emergencia y necesidad social.

Tabla 6. Prestaciones técnicas y económicas incluidas en los catálogos de prestaciones y/o carteras de servicios de los sistemas autonómicos de servicios sociales, directamente vinculadas con la incorporación social (CONTINUACIÓN)

Comunidad de Madrid
Prestaciones garantizadas: • información, acogida, diagnóstico social, orientación social y asesoramiento; • valoración, planificación individual de caso, seguimiento y acompañamiento social individualizado para casos que requieran especial intensidad en la atención; • renta básica de inserción; • ayudas destinadas a la atención de necesidades personales básicas en situaciones de urgencia y emergencia social.
Región de Murcia
Prestaciones garantizadas: • información, acogida, diagnóstico social, orientación social y asesoramiento; • valoración, planificación individual de caso, seguimiento y acompañamiento social individualizado para casos que requieran especial intensidad en la atención; • renta básica de inserción.
Comunidad Foral de Navarra
Prestaciones garantizadas: • tramitación del acceso a las prestaciones técnicas y económicas del sistema de SS.SS y a las prestaciones de los otros sistemas de protección social; • acompañamiento social en los procesos de incorporación local mediante acuerdos de IS, como instrumento de compromiso entre las partes; • prestaciones técnicas de acogida, orientación, asesoramiento, valoración y diagnóstico social y/o socioeducativo; • renta garantizada; • de emergencia social orientadas a garantizar la cobertura de las necesidades básicas.
País Vasco
Prestaciones técnicas: • información; • valoración; • diagnóstico; • orientación; • intervención socioeducativa y psicosocial; • acompañamiento social. Prestaciones económicas: • prestaciones para facilitar la integración social y/o la autonomía así como para cubrir o paliar las consecuencias económicas de las situaciones de emergencia o urgencia social, dependencia o desprotección.
La Rioja
La Ley no detalla el contenido de la Cartera de SS.SS del sistema público de servicios sociales.

Fuente: elaboración propia.

Las leyes autonómicas de SS.SS asignan a los SS.SS distintas funciones relacionadas con los procesos de IS, tanto en el caso de los servicios de primer nivel (también denominados SS.SS comunitarios, generales, básicos o de atención primaria) como en los de segundo nivel o especializados (Anexo II). Unas funciones que pueden sintetizarse en torno a la prevención de situaciones de exclusión social y a la promoción de medidas de inserción social.

Las funciones asignadas a los SS.SS de primer nivel son en general coincidentes, no obstante, funciones como la coordinación con otros sistemas de protección social, el trabajo en red o la atención directa a colectivos con déficits de autonomía o en riesgo de exclusión a través de programas en medio abierto, centros no residenciales o residenciales sólo son señaladas en algunas leyes autonómicas de SS.SS (Tabla 7).

A los SS.SS de segundo nivel se les asignan funciones relacionadas, básicamente, con la promoción de intervenciones para prevenir situaciones de riesgo o necesidad social, el desarrollo de medidas destinadas a normalizar y mejorar las condiciones de vida de las personas y a proporcionar apoyos para prevenir y corregir las situaciones de grave riesgo de exclusión, dependencia o desprotección social.

Tabla 7. Funciones asignadas en las leyes autonómicas de servicios sociales a los servicios sociales de primer nivel y de segundo nivel, relacionadas con la incorporación social

Funciones asignadas a los servicios sociales de primer nivel
• Información, valoración, orientación y asesoramiento a la población sobre las prestaciones y servicios del Sistema Público de Servicios Sociales y de otros sistemas de protección social; • puesta en marcha de actuaciones de carácter preventivo y asistenciales para propiciar la integración social y la disminución de situaciones de riesgo social; • identificación e intervención en situaciones de exclusión social o de riesgo de exclusión; • diseño, implementación, seguimiento y evaluación del Plan personalizado de intervención social; • promoción de medidas de inserción social, laboral y educativa; • prevención y detección de las situaciones de necesidad personal, familiar y comunitaria; • impulsar proyectos comunitarios y programas transversales, especialmente los que buscan la integración y la participación de personas y grupos en situación de riesgo; • fomentar la participación activa de la ciudadanía.
Funciones asignadas a los servicios sociales de segundo nivel
• Realización de actuaciones preventivas en situaciones de riesgo y necesidad social; • desarrollo de medidas de integración, participación, capacitación y rehabilitación social orientadas a normalizar y mejorar las condiciones de vida de las personas; • proporcionar apoyos para prevenir y corregir las situaciones de grave riesgo de exclusión, dependencia o desprotección social; • promover, establecer y aplicar medidas de inserción social, laboral, educativa y familiar.

Fuente: elaboración propia.

4.1.2. Leyes autonómicas reguladoras del derecho a la inclusión social

Con independencia que las prestaciones y servicios para prevenir y/o superar situaciones de exclusión social, garantizados en las leyes de SS.SS, varias CC.AA disponen de leyes que regulan específicamente el derecho a la inclusión social (Tabla 8). La naturaleza y contenidos de esta legislación es bastante diversa e incluye desde leyes específicas sobre inclusión social (Galicia, Comunidad Foral de Navarra, País Vasco y La Rioja) hasta leyes y decretos que regulan la renta social garantizada o prestaciones similares.

Todas las CC.AA disponen de programas de rentas mínimas destinados a personas o familias en situación de exclusión social. Si bien los requisitos para el acceso a las prestaciones incluidas en estos programas son muy dispares, en su mayor parte éste se asocia al cumplimiento de ciertos compromisos establecidos en los proyectos o programas individualizados de inserción o itinerarios individualizados de inclusión social. La responsabilidad en el diseño de estos proyectos o itinerarios corresponde a los sistemas públicos de SS.SS (en la mayoría de casos) o de empleo.

Tabla 8. Normativa legal de las CC.AA reguladora del derecho a la inclusión social, complementaria a las leyes de servicios sociales

Comunidad Autónoma	Normativa
Andalucía	Decreto-ley 3/2017, de 19 de diciembre, por el que se regula la Renta Mínima de Inserción Social en Andalucía
Aragón	- Ley 1/1993, de 19 de febrero, de Medidas Básicas de Inserción y Normalización Social; - Ley 10/2016 de medidas de emergencia en relación con las prestaciones económicas del Sistema Público de Servicios Sociales y con el acceso a la vivienda en la Comunidad Autónoma de Aragón; - Ley 3/2021, de 20 de mayo, por la que se regula la Prestación Aragonesa Complementaria del Ingreso Mínimo Vital y el Servicio Público Aragonés de Inclusión Social
Principado de Asturias	Ley 4/2005, de 28 de octubre, de Salario Social Básico.
Islas Baleares	- Ley 5/2016, de 13 de abril, de la renta social garantizada; - Decreto-ley 10/2020, de 12 de junio, de prestaciones sociales de carácter económico de las Illes Balears
Canarias	Ley 1/2007, de 17 de enero, por la que se regula la Prestación Canaria de Inserción
Cantabria	Ley de Cantabria 2/2007 de Derechos y Servicios Sociales
Castilla y León	- Ley 4/2018, de 2 de julio, de ordenación y funcionamiento de la Red de protección e inclusión a personas y familias en situación de mayor vulnerabilidad social o económica en Castilla y León; - Decreto Legislativo 1/2019 por el que se aprueba el texto refundido de las normas legales vigentes en materia de condiciones de acceso y disfrute de la prestación de renta garantizada de ciudadanía.
Castilla – La Mancha	Ley 5/1995, de 23 de marzo, de Solidaridad en Castilla-La Mancha
Cataluña	Ley 14/2017, de 20 de julio, de la renta garantizada de ciudadanía
Comunidad Valenciana	- Ley 19/2017, de 20 de diciembre, de Renta Valenciana de Inclusión; - Decreto Ley 7/2020, de 26 de junio, de modificación de la Ley 19/2017, de 20 de diciembre, de renta valenciana de inclusión; - Decreto 60/2018 por el que se desarrolla la Ley 19/2017, de 20 de diciembre, de la Generalitat, de Renta Valenciana de Inclusión
Extremadura	Ley 5/2019, de 20 de febrero, de Renta Extremeña Garantizada
Galicia	- Ley 10/2013, de 27 de noviembre, de inclusión social de Galicia; - Decreto 14/2019 de desarrollo de la Ley 10/2013, en lo relativo a la tramitación de la renta de inclusión social de Galicia y de las ayudas de inclusión social
Comunidad de Madrid	Ley 15/2001 de 27 de diciembre de Renta Mínima de Inserción
Región de Murcia	Ley 3/2007 de 16 de marzo, de Renta Básica de Inserción
Comunidad Foral de Navarra	- Ley Foral 15/2016, de 11 de noviembre, por la que se regulan los derechos a la Inclusión Social y a la Renta Garantizada; - Decreto Foral 26/2018, de 25 de abril, de Desarrollo de los derechos a la Inclusión Social y a la Renta Garantizada
País Vasco	- Ley 18/2008, de 23 de diciembre, para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social; - Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales
La Rioja	- Ley 7/2003, de 26 de marzo, de inserción sociolaboral; - Ley 4/2017, de 28 de abril, por la que se regula la Renta de Ciudadanía de La Rioja; - Decreto 41/2017, de 29 de septiembre, por el que se desarrolla la Ley 4/2017, de 28 de abril y que regula la Renta de la Ciudadanía en La Rioja

Fuente: elaboración propia.

En ausencia de leyes de SS.SS o reguladoras del derecho a la inclusión social, las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla disponen de reglamentos que regulan diferentes prestaciones económicas de carácter social:

- Reglamento regulador de las prestaciones económicas de los servicios sociales de la Ciudad Autónoma de Ceuta, entre las que se incluyen las ayudas para el pago del alquiler y las ayudas de emergencia social.
- Reglamento regulador del Ingreso Mínimo de Inserción Social de Ceuta.
- Reglamento regulador de las ayudas económicas y servicios para la atención de las necesidades sociales de la Ciudad Autónoma de Melilla, entre las que incluyen las ayudas económicas para la cobertura de necesidades básicas de subsistencia, de emergencia social, para el desarrollo de actividades de inserción y capacitación laboral, para la asistencia a programas/talleres terapéuticos y/o prelaborales dirigidos a personas con trastornos mentales o en riesgo de exclusión, para la atención residencial de personas con trastornos mentales y el Ingreso Melillense de Integración.

4.2. Estrategias y planes de las comunidades y ciudades autónomas en materia de inclusión social

La mayoría de CC.AA disponen de planes o estrategias en materia de inclusión social o tienen muy avanzada su aprobación (Castilla- La Mancha). Melilla cuenta también de un plan local de inclusión social (Tabla 9).

Tabla 9. Estrategias y planes de las Comunidades y Ciudades Autónomas (CC.CA) en materia de inclusión social

CC.CA	Denominación de la Estrategia o Plan
Andalucía	• Plan Estratégico de Servicios Sociales de Andalucía 2022-2026 • Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión e Inclusión Social en Zonas Desfavorecidas
Aragón	• II Plan Estratégico de Servicios Sociales 2017-2020 • III Plan Estratégico de Servicios Sociales 2023-2026 (en proceso de elaboración)
Principado de Asturias	• Plan Autonómico de Inclusión Social del Principado de Asturias 2015-2017
Islas Baleares	• No existe constancia de que exista una estrategia o plan
Canarias	• Estrategia Canaria de Inclusión Social 2019-2021
Cantabria	• I Plan de Acción para la Inclusión Social en Cantabria 2014-2017
Castilla y León	• I Plan Autonómico de inserción sociolaboral para fomentar la empleabilidad y el acceso al mercado laboral de las personas más vulnerables 2016/2020
Castilla – La Mancha	• Plan de Inclusión Social y Servicios Sociales de Castilla-La Mancha (en proceso de elaboración)
Cataluña	• Plan de acción de lucha contra la pobreza y para la inclusión social de Catalunya 2015-2016
Comunidad Valenciana	• Plan Valenciano de Inclusión y Cohesión Social 2017-2022
Extremadura	• Plan Vital de Inclusión Social (para personas perceptoras del Ingreso Mínimo Vital o de la Renta Extremeña Garantizada)
Galicia	• Estrategia de inclusión social de Galicia 2014-2020
Comunidad de Madrid	• Estrategia de Inclusión Social de la Comunidad de Madrid 2016-2021
Región de Murcia	• No existe constancia de que exista una estrategia o plan

CC.CA	Denominación de la Estrategia o Plan
Comunidad Foral de Navarra	Plan Estratégico de Inclusión Social de Navarra (2018-2021)
País Vasco	- IV Plan Vasco de Inclusión 2017-2021 - Estrategia Vasca para Personas sin Hogar (2018-2021) - Estrategia Vasca de Empleo 2030 - Plan Estratégico de Empleo 2021-2024
La Rioja	No existe constancia de que exista una estrategia o plan
Ceuta	No existe constancia de que exista una estrategia o plan
Melilla	Plan Local de Inclusión Social de la Ciudad de Melilla 2013-2017

Fuente: elaboración propia.

A MODO DE RESUMEN

Tanto las Leyes de SS.SS como las que regulan el derecho a la inclusión garantizan el acceso del conjunto de la población a un amplio catálogo de prestaciones y servicios en materia de IS, destinados a prevenir situaciones de exclusión o a facilitar la IS de personas y colectivos en riesgo o situación de exclusión.

4.3. Carteras de servicios sociales en materia de incorporación social

Ocho CC.AA disponen de carteras básicas de SS.SS, mientras que la Comunidad Valenciana cuenta con una Cartera de servicios de los centros de formación del Servicio Valenciano de Empleo y Formación (Figura 4).

Figura 4. Disponibilidad de carteras de servicios sociales por parte de las Comunidades y Ciudades Autónomas



(*) Las comunidades de Andalucía y de Castilla La-Mancha tienen en marcha procesos de elaboración/aprobación de carteras básicas de SS.SS de inclusión social.

Fuente: elaboración propia.

Las carteras de SS.SS están reguladas en las siguientes normas legales:

- **Aragón:** Decreto 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- **Islas Baleares:** Decreto 66/2016, de 18 de noviembre de 2016, por el que se aprueba la Cartera Básica de Servicios Sociales de las Illes Balears 2017-2020.
- **Castilla y León:** Decreto 58/2014, de 11 de diciembre, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de Castilla y León.
- **Cataluña:** Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011.
- **Galicia:** Decreto 61/2016, de 11 de febrero, por el que se define la Cartera de Servicios Sociales de Inclusión.
- **Comunidad Foral de Navarra:** Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, por la que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General (actualizado por el Decreto Foral 30/2019).
- **País Vasco:** Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.
- **La Rioja:** Decreto 31/2011, de 29 de abril, por el que se aprueba la Cartera de servicios y prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales.

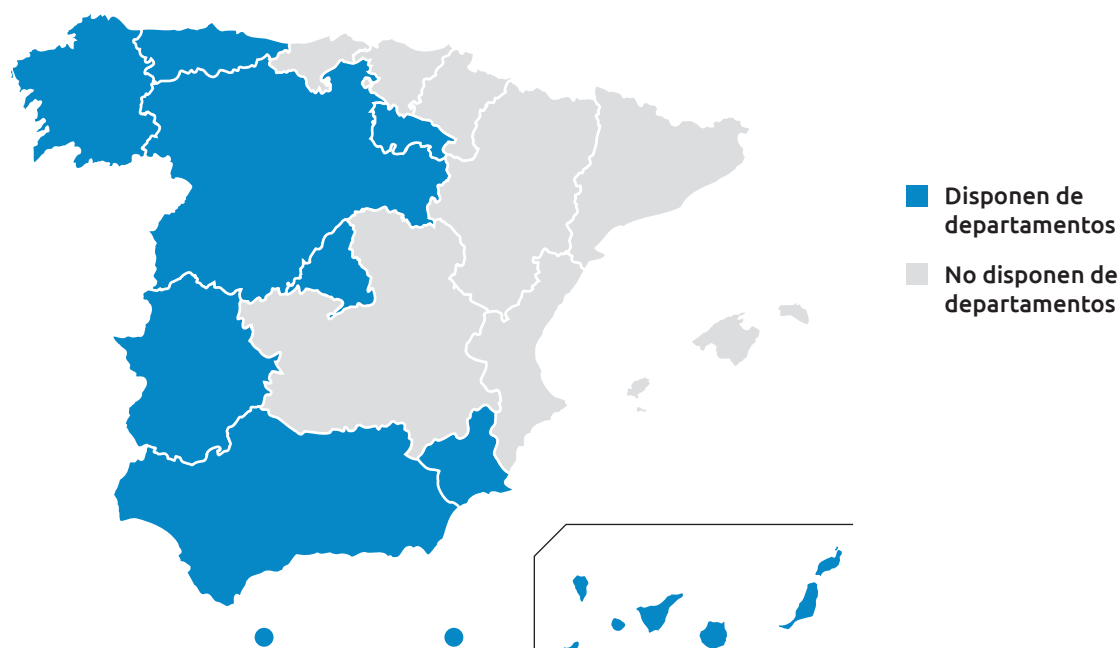
5. MODELOS ORGANIZATIVOS Y DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL

La información recopilada en los apartados precedentes pone de manifiesto la existencia de diferencias relevantes en las políticas aplicadas por las CC.CA, respecto a los procesos de IS en adicciones, unas diferencias que se evidencian cuando se analizan los modelos organizativos y de gestión de los programas y servicios de IS aplicados por las mismas.

5.1. Responsabilidad de la dirección y planificación de los programas y servicios de incorporación social

La diversidad de modelos organizativos adoptados por las CC.CA para la gestión de los procesos de IS queda patente cuando se constata que ocho CC.AA y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla disponen de departamentos específicos encargados de asumir la dirección y planificación de los procesos de IS en adicciones (Figura 5). Este dato evidencia una clara diferenciación en la naturaleza de los modelos para el abordaje de dichos procesos.

Figura 5. Comunidades y Ciudades Autónomas con departamentos específicos responsables de la dirección de programas y servicios de IS en adicciones



Fuente: elaboración propia.

Estos departamentos están adscritos, mayoritariamente, a las Consejerías de Sanidad (Anexo III).

Por su parte, todas las CC.AA cuentan con departamentos encargados de la dirección y planificación de programas y servicios de IS destinados al conjunto de la población (no específicos en adicciones). En el caso de la Comunidad Valenciana, País Vasco y La Rioja la dependencia de los departamentos encargados de la dirección de los programas y servicios de IS es compartida entre las consejerías competentes en materia de SS.SS y de empleo.

5.2. Disponibilidad de modelos escritos de gestión de los procesos de incorporación social

Los modelos de gestión de los procesos de IS son claves a la hora de estandarizar los procesos y procedimientos a aplicar en este ámbito. La armonización de procesos y procedimientos resulta esencial desde la perspectiva de la calidad, puesto que constituye la garantía para que las prestaciones y servicios que integran las diferentes carteras de servicios en materia de IS sean ofertados a todas las personas beneficiarias de los mismos en similares condiciones de calidad, con independencia del centro al que accedan o del equipo profesional encargado de su atención.

La estandarización de procesos y procedimientos supone importantes ventajas, entre las que cabe mencionar:

- permite la homologación interna de los procesos y actividades a desarrollar;
- constituye una garantía para sus personas usuarias de los servicios y programas de IS;
- facilita el establecimiento de procedimientos y prácticas comunes, resultando esencial para poder evaluar el impacto de las políticas aplicadas y los resultados obtenidos por los diferentes programas y servicios;
- favorece la comparabilidad de los resultados y mejorar la asignación de recursos;
- permite sentar las bases para la generación de evidencia científica.

Por este motivo, en el marco del estudio se ha analizado la disponibilidad por parte de distintas las CC.CA de modelos escritos de gestión de los procesos de IS, bien específicos para las personas con adicciones, bien generales para el conjunto de la población.

Solo las comunidades de Andalucía, Castilla y León y Galicia disponen de modelos amplios de gestión de procesos de IS en adicciones (Tabla 10), mientras que el Principado de Asturias y la Región de Murcia cuentan con modelos de gestión circunscritos a ciertos programas (pisos de incorporación social y Programa Euroempleo Salud Mental).

Tabla 10. Comunidades y Ciudades Autónomas que disponen de modelos escritos de gestión de los procesos de IS en adicciones

Comunidad / Ciudad Autónoma	Denominación del modelo
Andalucía	La incorporación social en Drogodependencias y Adicciones en Andalucía.
Principado de Asturias	Proyecto pisos de incorporación social.
Castilla y León	Modelo de Gestión de los procesos de integración sociolaboral de la población drogodependiente en Castilla y León.
Galicia	Programa de Incorporación Social Personalizado.
Región de Murcia	Programa Euroempleo Salud Mental: "La inclusión laboral de personas con TMG en la Región de Murcia. Programa Euroempleo".

Fuente: elaboración propia.

Las comunidades de Andalucía, Castilla y León, Galicia y Región de Murcia disponen además de guías técnicas para facilitar la implementación de los procesos de IS en adicciones:

- La incorporación social en drogodependencias en Andalucía.
(https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/INCORPORACION_SOCIAL_DROGODEPENDENCIAS_ANDALUCIA.pdf).
- Guía de profesionales: Gestión de procesos de integración sociolaboral de drogodependientes. Junta de Castilla y León.
(<https://familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100Detalle/1246988963464/Publicacion/1200416836153/Redaccion>).
- Manual del Programa de Incorporación Personalizado. Galicia.
(https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1498/Manual_Programa_de_Incorporacion_personalizado.pdf).
- Proceso de Euroempleo Salud Mental. Programa Operativo 2014-2020. Fondo Social Europeo. Región de Murcia.
(<https://www.euroempleomurcia.eu/wp-content/uploads/2022/07/Proceso-EuroempleoJUNIO2021DEF.pdf>)

Varias leyes de SS.SS y/o decretos de desarrollo de las mismas regulan diferentes procesos relacionados con la IS, como por ejemplo los contenidos de los “Proyectos de Intervención Social” vinculados a las rentas básicas de inserción, así como la metodología a utilizar para su diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación. Por otro lado, la Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco han desarrollado instrumentos para la elaboración del diagnóstico social y para la valoración de la exclusión social.

5.3. Naturaleza de los modelos aplicados por las Comunidades y Ciudades Autónomas para el abordaje de los procesos de Incorporación Social de la población con trastornos adictivos

Los modelos aplicados por las CC.CA para abordar los procesos de IS de las personas con adicciones son descritos en su mayor parte como mixtos, sustentados en la existencia de programas específicos para personas con adicciones y de programas de carácter generalista. Por su parte cinco CC.AA impulsan un modelo básicamente generalista, cuatro apuestan por un modelo básicamente específico y el resto por modelos mixtos (Figura 6).

■ Básicamente generalista
■ Básicamente específica
■ Mixta

- (1) Generalista: los programas y servicios de apoyo a los procesos de IS en adicciones son comunes (compartidos) para diferentes colectivos con dificultades en ese ámbito (no existen programas o servicios específicos de IS para personas con trastornos adictivos).
- (2) Específica: existen diversos programas y servicios de IS específicos para la población con adicciones.
- (3) Mixta: el modelo se sustenta en la existencia de programas específicos y generalistas.

Si bien cabría esperar que existiera una correspondencia directa entre la naturaleza del modelo aplicado y la procedencia del personal responsable de la supervisión o seguimiento de las intervenciones llevadas a cabo para favorecer los procesos de IS de las personas con trastornos adictivos, en la práctica se observa un importante protagonismo del personal de los centros de tratamiento de las adicciones en la asunción de esta función (Tabla 11).

Tabla 11. Procedencia de los profesionales que asumen habitualmente la supervisión/tutoría de las intervenciones de apoyo a la incorporación social

Centros de tratamiento de adicciones
• Andalucía • Principado de Asturias • Canarias • Cantabria • Castilla y León • Cataluña • Comunidad de Madrid • Extremadura • La Rioja • Ceuta
Centros de tratamiento de adicciones, SS.SS y entidades del tercer sector
• Islas Baleares • Comunidad Foral de Navarra
Centros de tratamiento de adicciones y entidades del tercer sector
• Galicia • Extremadura
SS.SS y trabajadores sociales de los servicios de tratamiento
• Aragón
SS.SS de referencia y programas de incorporación social de entidades del tercer sector
• Castilla – La Mancha
Servicios de empleo y centros de tratamiento de adicciones
• Comunidad Valenciana
Servicios de empleo
• Región de Murcia

Fuente: elaboración propia.

(*) País Vasco no aporta datos sobre esta materia.

En diez CC.CA es el personal de los centros de atención a las adicciones o del Plan sobre Drogas y otras Conductas Adictivas (en el caso de Ceuta) quien asume en exclusiva la responsabilidad de supervisar las intervenciones en el ámbito de la IS, mientras que en otras cuatro CC.AA son estos mismos profesionales, en colaboración con los SS.SS y/o las entidades del tercer sector quienes desarrollan esta función.

Únicamente en cuatro CC.AA (Aragón, Castilla–La Mancha, Comunidad Valenciana y Región de Murcia) son los servicios generalistas (SS.SS y/o de empleo) quienes asumen un papel protagonista en la supervisión de las intervenciones de apoyo a la IS de las personas con trastornos adictivos.

Por su parte, Melilla no informa de qué profesionales asumen habitualmente la supervisión o seguimiento de las intervenciones llevadas a cabo para facilitar los procesos de incorporación social de las personas que reciben tratamiento por trastornos adictivos.

El análisis de la dependencia administrativa del personal responsable de supervisar los procesos de incorporación de las personas con trastornos adictivos pone de relieve el protagonismo que tiene el personal dependiente de las entidades sociales sin fin de lucro y de las propias CC.AA (Tabla 12).

Tabla 12. Dependencia del personal responsable de supervisar las intervenciones de apoyo a la incorporación social

De la propia Comunidad/Ciudad Autónoma, de Ayuntamientos u otras Administraciones Locales y de entidades sociales sin fin de lucro
• Andalucía • Aragón • Principado de Asturias • Islas Baleares • Castilla – La Mancha • Extremadura • Comunidad Foral de Navarra • País Vasco
De la propia Comunidad/Ciudad Autónoma y de entidades sociales sin fin de lucro
• Canarias • Cantabria • Cataluña • Región de Murcia
De ayuntamientos u otras administraciones locales y entidades sociales sin fin de lucro
• Castilla y León • Comunidad Valenciana
Mayoritariamente de entidades sociales sin fin de lucro
• Galicia • La Rioja
De empresas adjudicatarias de contrato de servicio público con la Comunidad Autónoma
• Comunidad de Madrid
De la propia Ciudad Autónoma
• Ceuta • Melilla

Fuente: elaboración propia.

5.4. Acuerdos estables de coordinación entre consejerías o servicios implicados en los procesos de incorporación social

Como se ha señalado anteriormente, la naturaleza multicausal y multifactorial de los procesos de IS requiere de estrategias de intervención integrales que incidan en diferentes ámbitos de la vida de las personas con trastornos adictivos (relaciones familiares y sociales, formación, empleo, vivienda, ocio, etc.).

Para hacer viable el desarrollo de estrategias de intervención integrales, que permitan abordar las múltiples y diversas dificultades en materia de IS de la población con adicciones es imprescindible el trabajo coordinado de los múltiples agentes institucionales y sociales implicados en estos procesos. Para ello, además de contar con estructuras de trabajo estables que permitan en trabajo en red, se considera fundamental la existencia de acuerdos institucionales que establezcan los términos y el alcance de la colaboración de los servicios implicados en los procesos de IS.

Por este motivo se solicitó a las CC.CA que informaran de la existencia de protocolos o acuerdos estables de coordinación y/o colaboración entre la Consejería/departamento responsable del tratamiento de las adicciones y otros servicios o Consejerías implicadas en los procesos de IS (servicios de empleo, sociales, educativos, etc.).

Solo dos CC.AA informan de la existencia de acuerdos de esta naturaleza:

- Andalucía: Instrucción Conjunta 1/2020, de 15 de octubre, relativa a la educación de adultos para personas en tratamiento
- Región de Murcia: Protocolo de Coordinación Sociosanitaria en la Atención a personas con trastorno mental grave y/o drogodependencias (TMG/D) de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Islas Baleares informa de la existencia de un protocolo de coordinación/colaboración con los SS.SS municipales de Palma de Mallorca y Castilla y León refiere un Convenio con la Administración de Justicia para la rehabilitación y reinserción social de drogodependientes con problemas jurídico-penales. Otras CC.AA, como Extremadura y la Comunidad Foral de Navarra, aluden a que si bien no hay protocolos escritos, se mantiene coordinación entre departamentos y servicios.

5.5. Oferta de programas y servicios de incorporación social específicos para personas con adicciones

Existen notables diferencias en los programas y servicios de IS específicos para población con trastornos adictivos, ofertados por las CC.CA. Estas diferencias afectan, tanto a la propia disponibilidad de programas o servicios específicos, como al número y naturaleza de los mismos (Tabla 13). Se han excluido de la relación las unidades de conductas adictivas, comunidades terapéuticas, unidades de media estancia y los programas de reducción del daño.

Hay dos CC.AA (Navarra y País Vasco) que no ofertan/disponen de servicios específicos de IS para personas con adicciones, mientras que otras tres (Aragón, Cantabria y Extremadura) circunscriben su oferta a un único tipo de servicio.

Tabla 13. Programas y servicios de incorporación social específicos para población con adicciones ofertados por las Comunidades y Ciudades autónomas

Comunidad / Ciudad Autónoma	Programas y servicios ofertados
Andalucía	• Programa Arquímedes (contratación personas con adicciones) • Educación permanente de adultos • Programa de asesoramiento jurídico
Aragón	• Piso de transición a la autonomía
Principado de Asturias	• Pisos de Incorporación Social
Islas Baleares	• Benfet Serveis i Manteniment: inclusión social e integración laboral de personas en riesgo de exclusión social • "Programa Impuls": Itinerarios integrales de inserción para personas en riesgo de exclusión social (Proyecto Hombre) • Programa acompañamiento penitenciario (Asociación GREC)
Canarias	• Proyecto incorporación social y laboral PISLA: asesoramiento, acompañamiento, capacitación, formación e inserción Socio-laboral personas con trastornos adictivos) • Servicio Orientación y Mediación laboral en ámbito de las drogodependencias • Insola: Proyecto de Integración Sociolaboral personas con adicciones (Proyecto Hombre)
Cantabria	• Centro de rehabilitación y reinserción de drogodependientes
Castilla y León	• Formación académica reglada • Formación no reglada en distintos campos • Formación prelaboral • Formación profesional ocupacional • Formación profesional no reglada • Contrataciones laborales gestionadas por entidades que intervienen en drogodependencias • Promoción del autoempleo • Empresas de inserción • Pisos tutelados • Centros específicos de reinserción

Tabla 13. Programas y servicios de incorporación social específicos para población con adicciones ofertados por las Comunidades y Ciudades Autónomas (CONTINUACIÓN)

Comunidad / Ciudad Autónomas	Programas y servicios ofertados
Castilla – La Mancha	- Programa de Intervención Integral en Adicciones - Itinerarios que suman para la inclusión activa - Asesoría jurídica y social para personas con adicciones - Centros de día para atención y tratamiento psicosocial de personas con conductas adictivas (Cuenca y Guadalajara) - Centro de encuentro y acogida Siloé. Intervención terapéutico-educativa. Atención a personas con adicciones - Centro de día y residencial Siloé. Intervención terapéutico-educativa. Atención a personas con adicciones - Centro de día de apoyo al tratamiento de personas con adicciones Ceres - Apoyo al empleo de personas drogodependientes - Programa de atención psicológica y social a al enfermo alcohólico y/o personas con otras adicciones, rehabilitación y reinserción social
Cataluña	- Pisos de reinserción - Centros de día - Servicio de apoyo a la vida autónoma
Comunidad Valenciana	- Inclusión social drogodependientes (Servicio Inclusión Social) - Centros de día - Viviendas de Apoyo a la Incorporación Sociolaboral
Extremadura	9 centros de día
Galicia	- Programas de incorporación social en viviendas - Pisos de Acogida específicos para Mujeres Adictas - Programas de Atención Jurídica Social
Comunidad de Madrid	- Centros de Atención Integral a Drogodependientes - Plazas de apoyo residencial al tratamiento de adictos a drogas (180 plazas, gestionadas mediante 7 contratos de servicios) - Centro de Orientación Sociolaboral
Región de Murcia	- Programa de Acción para el Impulso y Mejora de la Salud Mental en la CARM 2019-2022 - Euroempleo Salud Mental Programa Operativo 2014-2020. Fondo Social Europeo
Comunidad Foral de Navarra	La CC.AA no oferta/dispone de servicios específicos de IS para personas con adicciones
País Vasco	La CC.AA no oferta/dispone de servicios específicos de IS para personas con adicciones
La Rioja	- Proyecto residencial para mujeres (con adicciones) desde perspectiva de género - Apoyo y orientación en la inserción socio laboral para personas con problemas de adicción - INSOLA: Programa de reinserción social y laboral - Patología Dual - Atención en módulo del Centro Penitenciario - Programa de mujeres - Piso de apoyo a personas con alta vulnerabilidad
Ceuta	Programa de Inserción Sociolaboral
Melilla	Programa PISEL (inserción sociolaboral)

Fuente: elaboración propia.

5.6. Gestión y financiación de los programas y servicios de incorporación social específicos para personas con adicciones

Aunque existen distintos modelos de gestión de los programas de IS para la población con adicciones son, fundamentalmente, las propias CC.AA y las entidades del tercer sector quienes asumen esta responsabilidad, bien en solitario, bien de manera conjunta (Tabla 14).

Tabla 14. Responsabilidad de la gestión directa de los programas y servicios de incorporación social específicos para personas con adicciones

Comunidad / Ciudad Autónoma	Dependencia de los recursos de incorporación social específicos para personas con adicciones
Andalucía	Área de Drogodependencia e Inclusión. D.G. de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones de la Consejería de Salud y Consumo, en coordinación con los centros de la Red Pública de Atención a las Adicciones en Andalucía
Aragón	Entidades del tercer sector
Principado de Asturias	La propia Comunidad Autónoma en los Pisos de Inserción El Ayuntamiento de Mieres junto con una entidad social en el caso del recurso específico para mujeres
Islas Baleares	Entidades sin ánimo de lucro, Consells Insulares. Conselleria de Asuntos Sociales
Canarias	Servicio de Atención a las Drogodependencias de la D.G. de Salud Pública (Servicio Canario de la Salud) en coordinación con la Red de Atención a las Drogodependencias de Canarias
Cantabria	La propia Comunidad Autónoma
Castilla y León	Fundamentalmente por entidades del tercer sector Las corporaciones locales, a través de sus Planes municipales y provinciales sobre drogas, también asumen algunas funciones orientadas a la integración social y laboral de drogodependientes
Castilla – La Mancha	Fundamentalmente por entidades del tercer sector.
Cataluña	La propia Comunidad Autónoma, entidades del tercer sector y ayuntamientos
Comunidad Valenciana	Entidades del tercer sector
Extremadura	La propia Comunidad Autónoma, a través de la Secretaría Técnica de Drogodependencia Entidades sin ánimo de lucro, que están coordinadas y evaluadas por la Secretaría Técnica de Drogodependencia
Galicia	Fundamentalmente entidades del tercer sector
Comunidad de Madrid	La propia Comunidad Autónoma y los ayuntamientos
Región de Murcia	La propia Comunidad Autónoma, los ayuntamientos y las entidades del tercer sector
Comunidad Foral de Navarra	No procede (la CC.AA no oferta/dispone de servicios específicos de IS para personas con adicciones)
País Vasco	No procede (la CC.AA no oferta/dispone de servicios específicos de IS para personas con adicciones)
La Rioja	Entidades del tercer sector
Ceuta	La propia Ciudad Autónoma
Ceuta	La propia Ciudad Autónoma

Fuente: elaboración propia.

Son múltiples los mecanismos utilizados para la financiación de estos programas y servicios, si bien las convocatorias de subvenciones para entidades sociales sin fin de lucro son los más recurrentes (Tabla 15).

Tabla 15. Mecanismos utilizados para la financiación de los programas y servicios de incorporación social específicos para personas con adicciones

Comunidad / Ciudad Autónoma	Mecanismos de financiación
Andalucía	Convocatorias de subvenciones para corporaciones locales Convocatorias de subvenciones para entidades sin fin de lucro Otros mecanismos de financiación: concierto social con empresas o entidades sin ánimo de lucro
Aragón	Convenios de colaboración con entidades sociales sin fin de lucro
Principado de Asturias	Convenios de colaboración con entidades sociales sin fin de lucro
Islas Baleares	Convenios de colaboración con entidades sociales sin fin de lucro
Canarias	Convocatorias subvenciones para entidades sin fin de lucro
Cantabria	Convocatorias subvenciones para entidades sin fin de lucro
Castilla y León	Convocatorias de subvenciones para corporaciones locales Convocatorias de subvenciones para entidades sin fin de lucro Convenios de colaboración con entidades sociales sin fin de lucro
Castilla – La Mancha	Convocatorias de subvenciones para entidades sin fin de lucro
Cataluña	Convocatorias de subvenciones para corporaciones locales Convocatorias de subvenciones para entidades sin fin de lucro
Comunidad Valenciana	Convocatorias de subvenciones para corporaciones locales Convocatorias de subvenciones para entidades sin fin de lucro Contratos de servicios con empresas o entidades con fin de lucro Acuerdos de acción concertada con entidades sin fin de lucro
Extremadura	Convocatorias de subvenciones para corporaciones locales Convocatorias de subvenciones para entidades sin fin de lucro Convocatoria de subvenciones a empresas privadas
Galicia	Convocatorias de subvenciones para entidades sin fin de lucro Convenios de colaboración con entidades sociales sin fin de lucro
Comunidad de Madrid	Convenios de colaboración con corporaciones locales Contratos de servicios con empresas o entidades con fin de lucro
Región de Murcia	Convocatorias de subvenciones para entidades sin fin de lucro Convenios de colaboración con corporaciones locales Contratos de servicios con empresas o entidades con fin de lucro
Comunidad Foral de Navarra	No procede (la CC.AA no dispone de servicios específicos de IS para personas con adicciones)
País Vasco	No procede (la CC.AA no oferta/dispose de servicios específicos de IS para personas con adicciones)
La Rioja	Convocatorias de subvenciones para entidades sin fin de lucro
Ceuta	Convocatorias de subvenciones para entidades sin fin de lucro Contratos de servicios con empresas o entidades con fin de lucro
Melilla	Convocatorias de subvenciones para corporaciones locales Convocatorias de subvenciones para entidades sin fin de lucro Convenios de colaboración con corporaciones locales

Fuente: elaboración propia.

El personal implicado en la gestión de los programas y servicios de IS en adicciones financiados por las CC.CA es muy diverso, tanto en su perfil como en su número (Tabla 16). Al respecto hay que señalar que las CC.CA utilizan criterios diferentes para su identificación y cuantificación.

Tabla 16. Profesionales implicados en la gestión directa de los programas y servicios de incorporación social específicos para personas con adicciones

CC.CA	Perfil profesional	Número
Andalucía	Profesionales de servicios ambulatorios de tratamiento de las adicciones (1)	162
	Profesionales de centros/unidades de día (1)	11
	Profesionales de comunidades terapéuticas (1)	85
	Profesionales de pisos de apoyo al tratamiento (1)	4
	Profesionales pisos de apoyo a la IS (1)	28
	Profesionales de programas/servicios de apoyo educativo/formativo	40
	Abogadas/os del Programa Jurídico	9
Aragón	No se aporta información	
Principado de Asturias	Profesionales de centros/unidades de día	2
	Profesionales pisos de apoyo a la IS	4
	Profesionales de SS.SS de la entidad local (trabajo social)	2
Islas Baleares	No se aporta información	
Canarias	Profesionales de servicios ambulatorios de tratamiento de las adicciones	20
	Profesionales de programas/servicios de inserción laboral	3
Cantabria	Profesionales de servicios ambulatorios de tratamiento de las adicciones	3
	Profesionales de comunidades terapéuticas	4
	Profesionales programas/servicios de inserción laboral	3
Castilla y León	Profesionales de servicios ambulatorios de tratamiento de las adicciones y servicios específicos de primer nivel de apoyo al tratamiento	64
	Profesionales de centros/unidades de día	14
	Profesionales de comunidades terapéuticas y centros de rehabilitación de alcohólicos	54
	Servicios de asesoría jurídica y orientación legal	11
Castilla – La Mancha	No se puede determinar el N° de profesionales dedicados en exclusiva a estos programas ya que en muchos casos forman parte de intervenciones más amplias	
Cataluña	No se aporta información	
C. Valenciana (2)	Profesionales de centros/unidades de día	
	Profesionales de comunidades terapéuticas	
	Profesionales de pisos de apoyo al tratamiento	
	Profesionales pisos de apoyo a la IS	
	Profesionales programas/servicios orientación laboral	
	Profesionales programas/servicios formación laboral	
	Profesionales de programas/servicios de apoyo educativo/formativo	

CC.CA	Perfil profesional	Número
Extremadura	Profesionales de servicios ambulatorios de tratamiento de las adicciones	20
	Profesionales de centros/unidades de día	26
	Profesionales de programas/servicios de apoyo residencial	18
Galicia	Profesionales de servicios ambulatorios de tratamiento de las adicciones	30
	Profesionales de centros/unidades de día de tratamiento de las adicciones	28
	Profesionales comunidades terapéuticas	18
	Profesionales pisos de apoyo al tratamiento	16
	Profesionales pisos de apoyo a la IS	8
	Profesionales Programas de Atención Jurídica Social	24

Tabla 16. Profesionales implicados en la gestión directa de los programas y servicios de incorporación social específicos para personas con adicciones (CONTINUACIÓN)

CC.CA	Perfil profesional	Número
Comunidad de Madrid	Profesionales de servicios ambulatorios de tratamiento de las adicciones	57
	Profesionales pisos de apoyo al tratamiento	30
	Profesionales programas/servicios de orientación laboral	12
Región de Murcia	Profesionales de servicios ambulatorios de tratamiento de las adicciones	53
	Profesionales de centros/unidades de día	93
	Profesionales de comunidades terapéuticas	97
	Profesionales pisos apoyo a la IS	10
	Profesionales programas/servicios de orientación laboral	17
	Profesionales programas/servicios de ocio y/o relación social	3
	Programa de ayuda para el acceso a recursos de la Región y asesoría jurídica	4
Comunidad Foral de Navarra	No procede (no dispone de servicios específicos de IS para personas con adicciones)	
País Vasco	No procede (no dispone de servicios específicos de IS para personas con adicciones)	
La Rioja	Profesionales de servicios ambulatorios de tratamiento de las adicciones	2
	Profesionales de comunidades terapéuticas	5
	Profesionales de pisos de apoyo al tratamiento	4
	Profesionales de pisos de apoyo a la IS	4
	Profesionales programas/servicios de orientación laboral	3
	Profesionales de programas/servicios de búsqueda de empleo	3
	Profesionales programas/servicios de inserción laboral	3
	Profesionales programas/servicios de ocio y/o relación social	2

CC.CA	Perfil profesional	Número
Ceuta (3)	Profesionales de servicios ambulatorios de tratamiento de las adicciones del Área de Inserción Sociolaboral	2
	Profesionales programas/servicios orientación laboral	
	Profesionales programas/servicios búsqueda empleo	
	Profesionales de programas/servicios de formación laboral	
	Profesionales de programas/servicios de inserción laboral	
	Profesionales de programas/servicios de apoyo educativo/formativo	
	Profesionales programas/servicios de ocio y/o relación social	
Melilla	Profesionales de servicios ambulatorios de tratamiento de las adicciones	1
	Profesionales de centros/unidades de día	2
	Profesionales de programas/servicios de orientación laboral	1
	Profesionales de programas/servicios de búsqueda de empleo	1
	Profesionales de programas/servicios de inserción laboral	1
	Profesionales de programas/servicios de apoyo educativo/formativo	1
	Profesionales programas/servicios de ocio y/o relación social	1

Fuente: elaboración propia.

- (1) Incluye los perfiles de trabajadores/as sociales y educadores/as para cada recurso, más las abogadas/os del Programa Jurídico.
- (2) No pueden precisar su número.
- (3) No pueden precisar el número de profesionales, salvo en el caso de los servicios de tratamiento de las adicciones que trabajan en el área de inserción sociolaboral.

5.7. Sistemas de información de los programas y servicios de apoyo a la incorporación social en adicciones

Solo cinco CC.AA y la Ciudad Autónoma de Melilla disponen de sistemas de información específicos que les permiten registrar la población atendida en los diferentes programas y servicios de IS en adicciones y las intervenciones realizadas en los mismos:

- Andalucía: referido al Programa Arquímedes;
- Canarias: referido al Proyecto de Incorporación social y laboral (PISLA). Asimismo, a través del Registro informatizado CEDRO disponen de datos de actividad y población beneficiaria de los servicios;
- Castilla y León: Memoria anual del Plan Regional sobre drogas, a partir de la información facilitada por las entidades que integran la Red de Asistencia a Drogodependientes;
- Galicia: Xeceas Web. Registra el número de Programas de Incorporación Personalizados (PIP) diseñados en cada centro asistencial y el tipo de acciones desarrolladas en el marco de los PIP;
- Región de Murcia: referido al Programa Euroempleo Salud Mental y a la actividad de los centros de día y comunidades terapéuticas.
- Ciudad Autónoma de Melilla: referido al Programa PISEL.

A la escasa cobertura territorial de los sistemas de información actualmente disponibles (cubren solo cinco CC.AA), hay que sumarle el hecho de que la información recopilada por una parte de los mismos es parcial, limitándose a determinados programas y servicios.

Para conocer la posición respecto a la posibilidad de disponer de un Sistema de información específico en IS en adicciones de aquellas CC.CA que no cuentan con dicho sistema, se elaboró un panel de cinco posibles respuestas. Las respuestas facilitadas se dividen básicamente entre quienes no consideran necesaria la puesta en marcha de un sistema de información específico, por entender que disponen de sistemas de información generales que proporcionan información suficiente sobre la población beneficiaria de los programas y servicios de IS, y la de que aquellas CC.CA que en alguna ocasión se plantearon esta posibilidad, pero que la abandonaron debido a su complejidad técnica (Tabla 17).

Tabla 17. Posición de las Comunidades y Ciudades Autónomas sobre la posibilidad de poner en marcha un sistema de información específico sobre incorporación social en adicciones (Base: Comunidades y Ciudades Autónomas que carecen de dicho sistema)

Posición	Comunidad / Ciudad Autónoma
1. Nunca se ha considerado verdaderamente necesario contar con un sistema de información específico	País Vasco
2. La Comunidad/Ciudad Autónoma cuenta con un sistema de información general que proporciona información suficiente sobre la población con adicciones beneficiaria de los programas/servicios de IS	Principado de Asturias Islas Baleares Extremadura Comunidad de Madrid
3. En alguna ocasión se ha planteado su puesta en marcha, pero se abandonó el proyecto por su complejidad técnica	Canarias (*) Cantabria Castilla – La Mancha Ceuta
4. Otras posiciones:	
Están desarrollando el Observatorio catalán de drogas y adicciones que recogerá la información de las diferentes fuentes incluyendo la que pueda proporcionar el Departamento de Derechos Sociales sobre este tema	Cataluña
Hay registros de personas atendidas en la Red de Salud Mental con diagnóstico de trastornos adictivos; también existe registro de personas atendidas en comunidades terapéuticas	Comunidad Foral de Navarra
No disponen de información en la materia	La Rioja
5. Ns/Nc	Comunidad Valenciana

Fuente: elaboración propia.

(*) Canarias facilita esta respuesta a pesar de que afirma contar con un sistema de información específico sobre IS en adicciones.

Tres CC.AA (Principado de Asturias, Comunidad Valenciana y País Vasco) confirman la disponibilidad de sistemas de información generales (no específicos para personas con trastornos adictivos), dependientes de los sistemas públicos de empleo, SS.SS o educación, que permitan recopilar información sobre la población con trastornos adictivos beneficiaria de programas y servicios de IS “generalistas” (Tabla 18).

Tabla 18. Disponibilidad de sistemas de información generales en materia de IS que faciliten datos sobre la población con adicciones beneficiaria de programas y servicios generalistas

Comunidad / Ciudad Autónoma	Disponibilidad de sistemas de información generales que facilitan información sobre población con adicciones
Andalucía	NO
Aragón	No aporta información
Principado de Asturias	SI: Sistema de Información de Usuarios/as de Servicios Sociales (SIUSS)
Islas Baleares	Se desconoce
Canarias	NO
Cantabria	NO
Castilla y León	Se desconoce
Castilla – La Mancha	NO La Consejería de Bienestar Social ha puesto en marcha un proyecto de integración de todos los sistemas de información social (Proyecto Temis). Se desconoce si recoge información sobre adicciones
Cataluña	NO
Comunidad Valenciana	SI: Sistema de Información de Usuarios/as de Servicios Sociales (SIUSS)
Extremadura	NO
Galicia	NO
Comunidad de Madrid	No aporta información
Región de Murcia	NO
Comunidad Foral de Navarra	NO
País Vasco	SI
La Rioja	NO
Ceuta	Se desconoce
Ceuta	No aporta información

Fuente: elaboración propia.

Las respuestas facilitadas acerca de la disponibilidad de sistemas de información generales, capaces de aportar datos sobre las personas con trastornos adictivos beneficiarias de los programas y servicios de apoyo a la IS, son en cierto modo contradictorias. De hecho las CC.AA que cuentan con dichos sistemas (Principado de Asturias, Comunidad Valenciana y País Vasco) no confirman la fiabilidad de los datos relativos a la población con adicciones. Esta circunstancia es congruente con las dispares valoraciones que estas Comunidades realizan de la calidad de los datos aportados por dichos sistemas de información.

Por otro lado, resulta discutible que el SIUSS, que registra datos básicos de las personas usuarias de los servicios sociales de Atención Primaria, sea capaz de aportar la información necesaria para conocer la población con adicciones beneficiaria de programas y servicios de apoyo a la

IS. De hecho, varias CC.AA donde está implantado el SIUSS afirman que este sistema no aporta dichos datos.

A MODO DE RESUMEN

La escasez de modelos formales de gestión de los procesos de IS de la población con trastornos adictivos impide contar con procesos y procedimientos de intervención comunes, lo que dificulta la evaluación de las intervenciones llevadas a cabo y la generación de evidencia científica.

Las estrategias que las CC.CA vienen aplicando para el abordaje de los procesos de IS en adicciones se diferencian, fundamentalmente, por la desigual relevancia que las mismas atribuyen a los programas y servicios específicos para personas con trastornos adictivos.

Existen importantes dificultades en los actuales sistemas de información en materia de IS, tanto de los específicos sobre adicciones como en los de carácter general, a la hora de informar de la población con trastornos adictivos beneficiaria de los diferentes programas y servicios de IS y de variables asociadas a los resultados obtenidos con las intervenciones desarrolladas en los mismos.

6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

6.1. Conclusiones

1. Existe una gran diversidad de enfoques en el modo en el que las CC.CA abordan los procesos de IS de la población con adicciones, que en gran medida se corresponden con la transición observada en los modelos aplicados para facilitar la IS de esta población. Una transición caracterizada por el paso desde programas y recursos específicos para personas con trastornos por uso de sustancias hacia programas y servicios destinados a cualquier persona en situación de vulnerabilidad social o en riesgo o situación de exclusión.
2. La dificultad de los sistemas de salud y de protección social para asegurar una atención integral de la población drogodependiente se tradujo en la creación, en la década de los ochenta y noventa del pasado siglo, de estructuras administrativas y técnicas específicas para el tratamiento de estas personas y en la instauración del principio de subsidiaridad/complementariedad como referente de las políticas aplicadas en materia de IS.
3. Este modelo específico, vigente en la actualidad en varias CC.CA, ha permitido prestar una atención de calidad a las personas con adicciones que acceden a los servicios de tratamiento, así como el desarrollo de programas y servicios para facilitar su IS. Sin embargo, resulta incongruente con el principio de “normalización” que subyace a las políticas y programas de IS, entrando en colisión con el actual marco legal. Un marco jurídico e institucional que establece de manera nítida que corresponde a los SS.SS y al resto de sistemas de protección social la promoción de programas y servicios para la prevenir situaciones de exclusión social y favorecer la IS de las personas en riesgo o situación de exclusión.
4. En un momento de transición en los modelos y estrategias para abordar los procesos de IS de las personas con adicciones, diversas CC.CA han optado por la continuidad de servicios y programas de apoyo a la IS específicos para personas con trastornos adictivos, en tanto se asegura la cobertura de las necesidades que esta población presenta en el ámbito de la IS por parte de los servicios generalistas.
5. Si bien el ordenamiento jurídico vigente establece la responsabilidad de los sistemas generales de protección social y, particularmente, de los sistemas públicos de SS.SS de las CC.AA, en el diseño y desarrollo de las políticas y servicios dirigidos a favorecer la IS de colectivos y personas en situación de vulnerabilidad o exclusión social, ello no significa que estos sistemas estén implicados activamente en la atención de las personas con adicciones.
6. La autonomía de la que han disfrutado los programas y servicios de IS en adicciones respecto de los sistemas de protección generales se ha traducido a nivel práctico en una escasa implicación de dichos sistemas en la atención de las necesidades en materia de IS de las personas con trastornos adictivos. Esta circunstancia plantea múltiples retos a nivel técnico, entre los que destacan:
 - a. La necesidad de que los sistemas de protección generales, en especial los sistemas de SS.SS y de empleo, se impliquen activamente en la generación de respuestas a las necesidades en el ámbito de la IS que presentan las personas con adicciones. Esto supone que el diseño de programas y servicios de estos sistemas tengan en consideración las múltiples necesidades de este colectivo (su consideración como un colectivo de acción preferente en materia de IS).
 - b. La necesidad de generar herramientas a nivel técnico y organizativo que permitan la transferencia de la responsabilidad del acompañamiento de los procesos de IS de las personas con adicciones desde los centros de tratamiento de conductas adictivas a los sistemas de protección social generales.

6.2. Propuestas de actuación

1. El diseño de modelos de intervención en IS en adicciones ajustados al marco legal e institucional vigente con un enfoque transversal, sustentado en el trabajo en red de múltiples profesionales y servicios.
2. La formación de profesionales de los SS.SS y de otros sistemas de protección social en materia de adicciones, así como del personal que trabaja actualmente en servicios y programas de IS en adicciones.
3. El diseño de herramientas (manuales, protocolos, etc.) que permitan un adecuado manejo de las personas con trastornos adictivos que accedan a los servicios generales de protección social ("herramientas para el manejo de casos").
4. La creación de estructuras y mecanismos de coordinación entre los servicios de tratamiento y los SS.SS y otros sistemas de protección para facilitar el intercambio de información y el diseño de los contenidos de los programas personalizados de incorporación social.
5. El establecimiento de procedimientos internos y de medidas de apoyo que contribuyan a la eliminación de las barreras de acceso a los programas y servicios de IS que afectan a las mujeres y a otros colectivos en situación de especial vulnerabilidad.
6. La mejora del diseño de los programas y servicios de incorporación social para facilitar la evaluación de sus resultados. El diseño de los programas y servicios debería identificar de manera precisa las dimensiones y variables sobre las que pretenden incidir los mismos, los indicadores a utilizar para realizar la evaluación de procesos y de resultados y los instrumentos y procedimientos a emplear para la recogida de información relativa a los indicadores seleccionados.
7. Establecer un consenso entre las Comunidades y Ciudades Autónomas respecto a un conjunto básico de datos a recopilar acerca de las personas con trastornos adictivos que se benefician de los distintos programas y servicios de IS, tanto generalistas como específicos para personas con adicciones. Todo ello permitiría conocer la situación de las intervenciones realizadas a nivel nacional para propiciar la IS de este colectivo y la población beneficiaria de las mismas e identificar las diferencias existentes entre CC.CA.

7. RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, P.L. (2011). La feminización de la pobreza: conceptualizaciones actuales y potencialidades analíticas", *Revista Katálysis*, vol. 14, nº 1, págs. 126-133.
- Akanbi, M., Iroz, C., O' Dwyer, L.C., Rivera A.S., Colleen, McHugh M. (2020). A systematic review of the effectiveness of employer-led interventions for drug misuse. *J Occup Health*. 2020;62:e12133
- Alonso-Coello, P., Rigau, D., Solà, I., Martínez, L. (2013). La formulación de recomendaciones en salud: el sistema GRADE. *MedClin (Barc)*. 2013; 140(8):366-73.
- Aubry T. et al (2020). Effectiveness of permanent supportive housing and income assistance interventions for homeless individuals in high-income countries: a systematic review. *Lancet Public Health*. 2020 Jun;5(6):342-360. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30055-4.
- Barnes, M., Blom, A., Cox, K., Lessof, C. (2006). The Social Exclusion of Older People: Evidence from the First Wave of the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). Office of the Deputy Prime Minister, London.
- Bacon, A.K. and Engerman, B. (2018). Excluded, then inebriated: a preliminary investigation into the role of ostracism on alcohol consumption. *Addict. Behav. Rep.* 8, 25–32.
- Bauman, Z. (2007). *Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre*, Ed. Tusquets, Barcelona.
- Becker, E. & Boreham, R. (2009). *Understanding the Risks of Social Exclusion Across the Life Course: Older Age*. Cabinet Office, London.
- Bradshaw, J., Kemp, P., Baldwin, S., Rowe, A. (2004). *The Drivers of Social Exclusion: A Review of the Literature for the Social Exclusion Unit in the Breaking the Cycle Series*. Office of the Deputy Prime Minister, London.
- Brady, D. & Kall, D. (2008). Nearly universal, but somewhat distinct: The feminization of poverty in affluent Western democracies, 1969-2000. *Social Science Research*, vol. 37, nº 3, págs. 976-1.007
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Castel, R. (2004). *Encuadre de la Exclusión*. En S. Karsz (Coord.), *La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices*. Barcelona: Gedisa.
- CICAD (2011). *Integración social drogas*. Secretaría Ejecutiva de la CICAD. CICAD/INF.3/11 26 abril 2011.
- CICAD (2021). *Modelo de intervención territorial para la integración sociolaboral de personas con consumo problemático de drogas*. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.
- COPOLAD (2014). *Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas*. Marco de referencia para la acreditación de programas. Bruselas, Bélgica: Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M.; Medical Research Council Guidance (2008). *Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance*. *BMJ*. 2008 Sep 29;337:a1655. doi: 10.1136/bmj.a1655.
- Cruz, F. et al (2005). *Documento Marco de UNAD. Incorporación sociolaboral de las personas con problemas de drogas. Redefiniendo nuestros planteamientos*. Madrid: Unión de Asociaciones y entidades de atención al drogodependiente.
- Dahlberg L, McKee KJ, Fritzell J, Heap J, Lennartsson C. Trends and gender associations in social exclusion in older adults in Sweden over two decades. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020 Jul-Aug;89:104032. doi: 10.1016/j.archger.2020.104032. Epub 2020 Mar 5. PMID: 32330743.
- Damonti, P. (2014). *Una mirada de género a la exclusión social*. En Fundación FOESSA, VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España, Documento de Trabajo 3.1. Madrid: Fundación FOESSA, Cáritas Española Editores.
- DFID (2009). *Gender and Social Exclusion Analysis How To Note. A Practice Paper*, Department for International Development, London, UK.

- EMCDDA (2003). Social exclusion and reintegration selected issue, cap 3. In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. Lisboa, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.
- Fischer B, Blanken P, Da Silveira D, Gallassi A, Goldner E.M, Rehm J, Tyndall M, Wood E (2015) Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine use: A comprehensive narrative overview of English-language studies, *International Journal of Drug Policy*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.01.002>
- Funes, J. et al. (1995), La incorporación social de las personas con problemas de drogas. Ed. Plan Foral de Drogodependencias del Gobierno de Navarra y Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco. Pamplona/Vitoria
- Grupo de trabajo sobre GPC (2016). Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS.
- Harrison, J., Krieger, M.J., Johnson, H.A. (2020). Review of individual placement and support employment intervention for persons with substance use disorder. *Subst Use & Misuse*, 55:636–43. doi: 10.1080/10826084.2019.1692035.
- Kneale, D. (2012). Is Social Exclusion Still Important for Older People? The International Longevity Centre – UK, London.
- Kerman, N., Polillo, A., Bardwell, G., Gran-Ruaz, S., Savage, C., Felteau, C., Tsemberis, S. (2021). Harm reduction outcomes and practices in Housing First: A mixed-methods systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2021 Nov 1;228:109052. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2021.109052.
- Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E., Patsios, D. (2007). The Multi-dimensional Analysis of Social Exclusion. Department of Sociology and School for Social Policy, Townsend Centre for the International Study of Poverty and Bristol Institute for Public Affairs, University of Bristol, Bristol, UK.
- López, M.J., Marí-Dell’Olmo, M., Pérez-Giménez, A., Nebot, M. (2011). Diseños evaluativos en salud pública: aspectos metodológicos. *Gac Sanit*. 2011;25(Supl 1):9-16.
- Macleod, C., Ross, A., Sacker, A., Netuveli, G., Windle, G. (2019). Re-thinking social exclusion in later life: A case for a new framework for measurement. *Ageing and Society*, 39(1), 74-111. doi:10.1017/S0144686X17000794
- Magura, S., Blankertz, L., Madison, E.M., Friedman, E., Gomez, A. (2007). An innovative job placement model for unemployed methadone patients: A randomized clinical trial. *Substance Use & Misuse*, 42(5), 811–828. <https://doi.org/10.1080/10826080701202403>
- Magura, S. & Marshall, T. (2020). The effectiveness of interventions intended to improve employment outcomes for persons with substance use disorder: An updated systematic review. *Substance Use & Misuse*, 55(13), 2230 -2236. <https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1797810>.
- Marshall, C.A. , Boland, L., Westover, L.A., Goldszmidt, R., Bengall, J., Aryobi, S., Isard, R., Easton, C., Gewurtz, R. (2022). Effectiveness of employment-based interventions for persons experiencing homelessness: A systematic review. *Health Soc Care Community*. 2022 Jun 24. doi: 10.1111/hsc.13892.
- Martín, P. y González, J. (2010). Valoración de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones (I). El sistema GRADE. *Evid Pediatr*. 2010; 6: 63.
- Matthew, T., Walton & Martin T. Hall (2016). The Effects of Employment Interventions on Addiction Treatment Outcomes: A Review of the Literature, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 16:4, 358-384, DOI: 10.1080/1533256X.2016.1235429
- Malgesini, G. y García, M. (2000), Patrones de exclusión social en el marco europeo. Acciones prioritarias para la integración. Proyecto financiado por la Comisión Europea, Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales.

- Miler, JA., Carver, H., Masterton, W., Parkes, T., Maden, M., Jones, L., Sumnall, H. (2021). What treatment and services are effective for people who are homeless and use drugs? A systematic "review of reviews". *PLoS One*. 2021 Jul 14;16(7):e0254729. doi: 10.1371/journal.pone.0254729.
- Mitchell O., Wilson D.B, Eggers A., MacKenzie D.L. (2012), "Drug Courts' Effects on Criminal Offending for Juveniles and Adults", *Campbell Systematic Review*, Campbell Collaboration, DOI: 10.4073/csr.2012.4
- Onapa, H., Sharpley, CF., Bitsika, V., McMillan, ME., MacLure, K., Smith, L., Agnew, LL. (2022). The physical and mental health effects of housing homeless people: A systematic review. *Health Soc Care Community*. 2022 Feb;30(2):448-468. doi: 10.1111/hsc.13486.
- Pascual, M. y Pascual, F. (2017). El estigma en la persona adicta. *Adicciones*, 29 (4): 223-226.
- Phillipson, C. & Scharf, T. (2004). *The Impact of Government Policy on Social Exclusion Among Older People: A Review of the Literature for the Social Exclusion Unit in the Breaking the Cycle Series*. Office of the Deputy Prime Minister, London.
- Popay, J., Escorel, S, Hernández, M. et al (2008). *Understanding and Tackling Social Exclusion*. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network. Geneva: World Health Organization.
- Reinhard, M.A., Dewald-Kaufmann, J., Wüstenberg, T., Musil, R., Barton, B.B., Jobst, A., et al. (2020). The vicious circle of social exclusion and psychopathology: a systematic review of experimental ostracism research in psychiatric disorders. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*. 270, 521–532. doi: 10.1007/s00406-019-01074-1
- Riva, P. & Eck, J. (2016). The many faces of social exclusion, in *Social Exclusion: Psychological Approaches to Understanding and Reducing Its Impact*, eds P. Riva and J. Eck (Cham: Springer), ix–xv.
- Sánchez, L. (2013). *Modelos teóricos y base en la evidencia. Proyecto promoción del manejo y difusión del sistema de apoyo a la planificación y evaluación*. Programa COPOLAD. Madrid.
- Scheim, A. I., Bauer, G. R., and Shokoohi, M. (2017). Drug use among transgender people in Ontario, Canada: disparities and associations with social exclusion. *Addict. Behav.* 72, 151–158. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.03.022
- Schünemann, H., Brozek, J., Guyatt, G., Oxman, A. (2013). *GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations*. The GRADE Working Group. Available in: <http://training.cochrane.org/resource/grade-handbook>
- Sen, A. (2000). *Social exclusion: Concept, application and scrutiny*. Manila, Filipinas: Office of Environment and Social Development, Asian Development Bank.
- Subirats, J. et al (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Colección Estudios Sociales Núm.16. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Subirats, J., Gomá, R., Brugué, J. (2005). *Análisis de los factores de exclusión social*. Madrid: Fundación BBVA e Instituto de estudios Económicos de la Generalitat de Cataluña.
- Substance Abuse Mental Health Services Administration (2014). *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services (Treatment Improvement Protocol Series 57; HHS Publication No. [SMA] 14-4816)*. Rockville, MD.
- Tezanos, JF. (2001). *La sociedad dividida. Estructuras de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Tezanos, J.F. (2001). Tendencias de dualización y exclusión social en las sociedades tecnológicas avanzadas. Un marco para el análisis, en J.F. Tezanos (Ed.). *Tendencias en desigualdad y exclusión social*. Madrid, Editorial Sistema, 11-53.
- Tomas, B. (2001). *Möglichkeiten und Grenzen sozialer Integration von SuchtmittelkonsumentInnen –Erfahrungen aus der Praxis. Tagungsband der Enquete Wirkungskreise – Was wirkt in der ambulanten Suchttherapie? Was braucht ambulante Suchttherapie um zu wirken?* (pp. 56–64). Viena: Verein Dialog.

- Van Bergen, APL., Wolf, JRLM., Badou, M., de Wilde-Schutten, K., IJzelenberg, W., Schreurs, H., Carlier, B., Hoff, SJM., van Hemert, AM.(2019). The association between social exclusion or inclusion and health in EU and OECD countries: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2019 Jun 1;29(3):575-582.
- Vrooman, J. & Hoff, S. (2013). The disadvantaged among the Dutch: a survey approach to the multidimensional measurement of social exclusion. *Soc Indic*
- Walsh, K., O'Shea, E. & Scharf, T. (2012). Social Exclusion and Ageing in Diverse Rural Communities: Findings of a Cross-border Study on Ireland and Northern Ireland. Irish Centre for Social Gerontology, National University of Ireland, Galway, Ireland.
- Walsh, K., Scharf, T. & Keating, N. (2017). Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. *European Journal of Ageing*, 14, 1, 81–98.
- Wasmuth, S., Pritchard, K. & Kaneshiro, K. (2016). Occupation-based intervention for addictive disorders: A systematic review, *Journal of Substance Abuse Treatment* Volume 62, March 2016, pp. 1-9.
- Wesselmann, E.D. & Parris, L. (2020). Inclusion, exclusion, and group psychotherapy: the importance of a trauma-informed approach, in *Group Psychology and Group Psychotherapy: An Interdisciplinary Handbook*, eds C. D. Parks and G. A. Tasca (Washington, DC: American Psychological Association), 31–50.
- Wesselmann, ED. & Parris, L. (2021). Exploring the Links Between Social Exclusion and Substance Use, Misuse, and Addiction. *Front Psychol*. 2021 Jun 18;12:674743. doi: 10.3389/fpsyg.2021.674743. PMID: 34220643; PMCID: PMC8249696.
- WHO (2010). Poverty, Social Exclusion and Health Systems in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

8. ACRÓNIMOS

CC.AA: Comunidades Autónomas

CC.CA: Comunidades y Ciudades Autónomas.

CICAD: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas

DGPNSD: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction

ENA: Estrategia Nacional sobre Adicciones

GRADE: Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation

IPS: Individual Placement and Support

IS: Incorporación social

JSW: Job Seekers Workshop / Taller de Solicitantes de Empleo

OMS: Organización Mundial de la Salud

PIP: Programas de Incorporación Personalizados

SIUSS: Sistema de Información de Usuarios/as de Servicios Sociales

SS.SS: Servicios Sociales

UE: Unión Europea

ONUDD: Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito

ANEXO I

FICHA SOBRE LAS POLÍTICAS EN MATERIA DE INCORPORACIÓN SOCIAL
EN ADICCIONES APLICADAS EN LAS DIFERENTES COMUNIDADES Y
CIUDADES AUTÓNOMAS

INTRODUCCIÓN

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha promovido la realización de un estudio de revisión de la situación actual de las evidencias disponibles, las políticas y los programas de incorporación social de adicciones que permita promover y desarrollar mejoras en esta área de intervención.

Entre las actuaciones previstas en el marco del citado estudio se incluye la remisión de la presente Ficha al conjunto de comunidades y ciudades autónomas, a fin de conocer el actual marco político-institucional y técnico en torno al cual se organizan los programas y servicios de incorporación social destinados a la población con trastornos adictivos en las diferentes comunidades y ciudades autónomas.

Con esta iniciativa se pretende establecer un diagnóstico sobre los diferentes modelos organizativos y de gestión de los procesos de incorporación social en adicciones que aplican las comunidades y ciudades autónomas. Este diagnóstico debe servir de base para la elaboración de una propuesta metodológica que, respetando la diversidad de las políticas y la autonomía de las diferentes comunidades y ciudades autónomas en esta materia, permita avanzar en la mejora de la calidad y en la evaluación de los servicios prestados a la población con trastornos adictivos en riesgo o situación de exclusión social.

Para ello solicitamos su colaboración mediante la cumplimentación de los datos que se recogen en la ficha y la remisión de aquella información que contribuya a clarificar cómo son abordados los procesos de incorporación social en su comunidad o ciudad autónoma.

DATOS DE CONTACTO DE LA PERSONA QUE CUMPLIMENTA LA FICHA

COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA:

NOMBRE Y APELLIDOS:

CARGO:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

BLOQUE 1. DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA DE LA COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA EN MATERIA DE INCORPORACIÓN SOCIAL EN ADICCIONES

1. **¿Dispone su Comunidad/Ciudad Autónoma de normas legales que regulen los procesos de incorporación social de las personas con trastornos adictivos?**

SI ☐

NO ☐ (pase a la pregunta 3)

2. **En caso afirmativo, ¿en qué normas legales se establece la política de la Comunidad/Ciudad Autónoma en materia de incorporación social en adicciones?**

(Deben identificarse y adjuntarse todas las normas legales en las que se regule la política de su Comunidad/Ciudad Autónoma en materia de incorporación social en adicciones, específicas para población con trastornos adictivos).

2.1 Leyes autonómicas sobre drogas y/o adicciones

2.2 Leyes autonómicas de atención integral en materia de drogas y/o adicciones

2.3 Otras disposiciones legales (decretos, órdenes, etc.) que regulen aspectos relacionados con los procesos de incorporación social de la población con trastornos adictivos

3. **¿En qué normas legales se establece la política de la Comunidad/Ciudad Autónoma en materia de incorporación social para el conjunto de la población?**

(Deben identificarse y adjuntarse todas las normas legales en las que se regulen la política de su Comunidad/Ciudad Autónoma en materia de incorporación social en adicciones, **NO ESPECÍFICAS** para población con trastornos adictivos).

3.1 Leyes de Servicios Sociales

3.2 Leyes reguladoras del derecho a la inclusión social

3.3 Otras disposiciones legales (decretos, órdenes, etc.) que regulen aspectos relacionados con los procesos de incorporación social

4. **¿En qué documentos institucionales se desarrolla o concreta la política de la Comunidad/Ciudad Autónoma en materia de incorporación social?**

Deben identificarse y adjuntarse los documentos clave en los que se concrete la política de la comunidad/ciudad autónoma en materia de incorporación social, tanto para las personas con trastornos adictivos como para el conjunto de la población con problemas en el ámbito de la incorporación social, tales como:

4.1 Estrategias y planes autonómicos sobre drogas y/o adicciones.

4.2 Estrategias y planes autonómicos en materia de inclusión social

4.3 Carteras de servicios en materia de incorporación/inclusión social

4.4 Convenios o acuerdos marco entre diferentes servicios de la Comunidad/Ciudad Autónoma para favorecer los procesos de incorporación social (servicios de tratamiento de adicciones, servicio público de empleo, servicios sociales, servicios de educación, etc.)

4.5 Otros documentos

BLOQUE 2. MODELO ORGANIZATIVO Y/O DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL EN ADICCIONES EN LA COMUNIDAD/CIUDAD AUTONOMA

5. **¿Existe en su Comunidad/Ciudad Autónoma un departamento específico responsable de la dirección y/o planificación de los programas y servicios de incorporación social en adicciones?**

SI ☐

NO ☐ (pase a la pregunta 6)

En caso afirmativo, señalar la dependencia orgánica de dicho departamento, identificando la consejería, dirección general, etc. de la que depende el mismo.

Nombre del departamento o servicio responsable:

Dependencia orgánica del departamento o servicio responsable:

6. **¿Dispone su Comunidad/Ciudad Autónoma de un departamento responsable de la dirección y/o planificación de los programas y servicios de incorporación social DESTINADOS AL CONJUNTO DE LA POBLACIÓN GENERAL (no específicos en adicciones)?**

SI ☐

NO ☐

En caso afirmativo, señalar la dependencia orgánica de dicho departamento, identificando la consejería, dirección general, etc. de la que depende el mismo.

Nombre del departamento o servicio responsable:

Dependencia orgánica del departamento

7. **¿Dispone su Comunidad/Ciudad Autónoma de un modelo escrito de gestión u organización de los procesos de incorporación social en adicciones?**

SI ☐ (adjuntar)

NO ☐

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del documento?

8. **¿Dispone su Comunidad/Ciudad Autónoma de un modelo escrito de gestión u organización de los procesos de incorporación social, NO ESPECÍFICO PARA PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS?**

SI ☐ (adjuntar)

NO ☐

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del documento?

9. Con independencia de la existencia o no de un modelo escrito de gestión u organización de procesos en adicciones, **¿cómo definiría la naturaleza del modelo que viene aplicando su Comunidad/Ciudad Autónoma para abordar los procesos de incorporación social de las personas con trastornos adictivos?**

Básicamente generalista (1) ☐

Básicamente específica (2) ☐

Mixta (3) ☐

- (1) Generalista: los programas y servicios de apoyo a los procesos de incorporación social en adicciones son comunes (compartidos) para diferentes colectivos con dificultades en ese ámbito (no existen programas o servicios específicos de incorporación social para personas con trastornos adictivos).
- (2) Específica: existen diversos programas y servicios de incorporación social específicos para la población con adicciones.
- (3) Mixta: el modelo se sustenta en la existencia de programas específicos y generalistas.

10. En el día a día **¿qué profesionales asumen habitualmente la supervisión o seguimiento ("tutoría") de las intervenciones llevadas a cabo para facilitar los procesos de incorporación social de las personas que reciben tratamiento por trastornos adictivos?** (profesionales del centro de tratamiento de adicciones, de los servicios sociales de referencia, de los programas o servicios de apoyo a la incorporación social, etc.).

11. Mayoritariamente, **¿cuál es la dependencia de dicho personal?**

- De la propia Comunidad/Ciudad Autónoma ☐
- De ayuntamientos u otras administraciones locales ☐
- De entidades sociales sin fin de lucro ☐
- Otras (detallar): ☐

12. **¿Existen protocolos o acuerdos estables de coordinación y/o colaboración entre la consejería/departamento responsable del tratamiento de las adicciones y otros servicios o consejerías implicadas en los procesos de incorporación social?** (servicios de empleo, sociales, educativos, etc.).

SI ☐

NO ☐

En caso afirmativo, relacione y adjunte los protocolos o acuerdos de colaboración existentes:

13. **¿Dispone su Comunidad/Ciudad Autónoma de guías de procesos y procedimientos para el abordaje de la incorporación social en adicciones?**

SI ☐

NO ☐

En caso afirmativo, adjuntar las guías.

14. **¿Cuenta su Comunidad/Ciudad Autónoma de alguna guía técnica para orientar diversos aspectos relacionados con la incorporación social en adicciones?**

SI ☐

NO ☐

En caso afirmativo, adjuntar las guías existentes.

BLOQUE 3. PROGRAMAS Y SERVICIOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL EN ADICCIONES OFERTADOS POR LA COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA

15. ¿Con qué programas y servicios en materia de incorporación social, específicos para población con trastornos adictivos, cuenta su Comunidad/Ciudad Autónoma?
(Si su Comunidad/Ciudad Autónoma no dispone de programas o servicios específicos para personas con adicciones señale "NINGUNO" y pase directamente a la pregunta número 22)

Nombre del programa/servicio	Población destinataria	Departamento/Servicio/Consejería responsable de su implementación y/o financiación

16. En estos programas ¿se ha incluido de forma efectiva (siguiendo guías o protocolos) la perspectiva de género?

En todos ☐

En algunos ☐

En ninguno ☐

17. ¿Su Comunidad/Ciudad Autónoma dispone de programas/servicios de incorporación social específicos para mujeres con trastornos adictivos?

SI ☐

NO ☐

En caso afirmativo, ¿de quién dependen los mismos?

18. ¿Quién asume en su Comunidad/Ciudad Autónoma la gestión directa de los programas y servicios de incorporación social específicos para la población con trastornos adictivos? (ayuntamientos, entidades sociales sin fin de lucro, la propia comunidad/ciudad autónoma, etc.):

19. Qué mecanismos de financiación de los programas y servicios de incorporación social en adicciones, cuya gestión no dependa directamente de la Comunidad/Ciudad Autónoma, utiliza su Comunidad/Ciudad Autónoma? (señale todos los mecanismos utilizados).

- Convocatorias de subvenciones para corporaciones locales ☐
- Convocatorias de subvenciones para entidades sociales sin fin de lucro ☐
- Convenios de colaboración con corporaciones locales ☐
- Convenios de colaboración con entidades sociales sin fin de lucro ☐
- Contratos de servicios con empresas o entidades con fin de lucro ☐
- Otros mecanismos de financiación (detallar) ☐

20. ¿Qué personal está implicado en la gestión de los programas y servicios de incorporación social en adicciones financiados por su Comunidad/Ciudad Autónoma?

PERSONAL IMPLICADO	Nº ESTIMADO DE PROFESIONALES (*)
Profesionales de servicios ambulatorios de tratamiento de las adicciones	
Profesionales de centros/unidades de día de tratamiento de las adicciones	
Profesionales de comunidades terapéuticas las adicciones	
Profesionales de pisos de apoyo al tratamiento de las adicciones	
Profesionales de pisos de apoyo a la incorporación social	
Profesionales de programas/servicios de apoyo residencial (albergues, pensiones, etc.).	
Profesionales de programas/servicios de orientación laboral	
Profesionales de programas/servicios de búsqueda de empleo	
Profesionales de programas/servicios de formación laboral	
Profesionales de programas/servicios de inserción laboral	
Profesionales de programas/servicios de apoyo educativo/formativo	
Profesionales de programas/servicios de ocio y/o relaciones sociales	
Otro tipo de profesionales (detallar):	

(*) Contabilizar solo el personal directamente implicado en la gestión de los programas y servicios (por ejemplo, trabajadoras/es sociales y/o educadoras/es sociales de los servicios ambulatorios de tratamiento de las adicciones, centros o unidades de día, comunidades terapéuticas, pisos de apoyo al tratamiento, pisos de apoyo a la incorporación social u otros programas de apoyo residencial, etc.).

BLOQUE 4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LOS PROGRAMAS, SERVICIOS E INTERVENCIONES DE APOYO A LA INCORPORACIÓN SOCIAL EN ADICCIONES

21. ¿Dispone su Comunidad/Ciudad Autónoma de un sistema de información específico que permita registrar la población atendida en los diferentes programas y servicios de incorporación social en adicciones y las intervenciones realizadas en los mismos?

SI ☐

NO ☐ (pase a la pregunta 21.2)

P. 21.1. En caso afirmativo, indique el departamento/servicio/consejería/ responsable del mismo y describa sintéticamente su funcionamiento, las fuentes de información utilizadas y las principales variables registradas en el mismo.

P. 21.2. En caso negativo, ¿cuál de las siguientes frases describe mejor la posición de su Comunidad/Ciudad Autónoma respecto a la disponibilidad de un Sistema de información específico en incorporación social en adicciones?:

1. Nunca se ha considerado verdaderamente necesario contar con un sistema de información específico	☐
2. La comunidad/ciudad autónoma cuenta con un sistema de información general que proporciona información suficiente sobre la población con adicciones beneficiaria de los programas/servicios de incorporación social	☐
3. En alguna ocasión se ha planteado su puesta en marcha, pero se abandonó el proyecto por su complejidad técnica	☐
4. En su día dispuso de un sistema específico, pero dejó de funcionar	☐
5. Otra (Describir):	☐

22. ¿Los sistemas de información y/o registro de los servicios y programas de apoyo a la incorporación social NO ESPECÍFICOS PARA POBLACIÓN CON ADICCIONES (dependientes de los sistemas públicos de empleo, servicios sociales, educación, etc.) permiten recopilar información sobre la población con trastornos adictivos beneficiaria de los mismos?

SI ☐

NO ☐

P. 22.1. En caso afirmativo, ¿cómo valora la calidad de los datos aportados por los sistemas de información "generalistas"?

Alta ☐

Media ☐

Baja ☐

NOTA. No olvide adjuntar la documentación relacionada a lo largo de la Ficha.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO II

FUNCIONES ASIGNADAS POR LAS LEYES AUTONÓMICAS DE SERVICIOS SOCIALES A LOS SERVICIOS SOCIALES DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL, RELACIONADAS CON LA INCORPORACIÓN SOCIAL

Andalucía

Funciones de los SS.SS comunitarios:

- información, valoración, orientación y asesoramiento a la población sobre las prestaciones y servicios del Sistema Público de Servicios Sociales y de otros sistemas de protección social;
- puesta en marcha de actuaciones de carácter preventivo y terapéutico para propiciar el desarrollo e integración social de la población y la disminución de situaciones de riesgo social;
- identificación e intervención en situaciones de exclusión social o riesgo de estarlo;
- elaboración del Proyecto de Intervención Social;
- coordinación con los servicios de empleo para lograr la inserción social y laboral de aquellas personas con dificultades de acceder o mantener un empleo;
- coordinación con los servicios públicos de vivienda mediante el establecimiento de actuaciones conjuntas para el acceso a la vivienda, la adecuación y el mantenimiento de la misma;
- coordinación y trabajo de red;
- Promoción de medidas de inclusión social, laboral o educativa para su población de referencia.

Funciones de los SS.SS especializados:

- realización de actuaciones preventivas en situaciones de riesgo y necesidad social correspondientes a su ámbito de competencia.

Aragón

Funciones de los SS.SS generales:

- prevención y detección de las situaciones de necesidad personal, familiar y comunitaria;
- información, orientación, valoración, diagnóstico y asesoramiento;
- realización de las actuaciones preventivas, tratamiento social e intervenciones necesarias en situaciones de necesidad social y su evaluación;
- promoción de medidas de inserción social.

Funciones de los SS.SS especializados:

- desarrollo de medidas de integración, participación, capacitación y rehabilitación social orientadas a normalizar y mejorar las condiciones de vida de las personas, con especial atención a todas aquellas que se encuentren en situación o en riesgo de exclusión social.

Principado de Asturias

Funciones de los SS.SS generales:

- realización de actuaciones preventivas de las situaciones de riesgo y necesidad social.
- información, valoración, diagnóstico y orientación para la población en cuanto a los derechos y recursos sociales existentes y a las intervenciones sociales que les puedan corresponder;
- desarrollo de programas orientados a proporcionar recursos y medios que faciliten la integración y participación social de personas, familias y grupos en situación de riesgo;
- Desarrollo de programas de alojamientos alternativos temporales.

Funciones de los SS.SS especializados:

- realización de actuaciones preventivas de las situaciones de riesgo y necesidad social;
- proporcionar apoyos para prevenir y corregir las situaciones de grave riesgo de exclusión, dependencia o desprotección social;
- promover medidas de reinserción en su ámbito de actuación.

Islas Baleares

Funciones de los servicios comunitarios básicos:

- detectar las situaciones de riesgo y necesidad personal, familiar y comunitaria;
- información, orientación y asesoramiento a las personas con relación a los derechos y los recursos sociales y a las actuaciones sociales a las que pueden tener acceso;
- actuaciones preventivas, el tratamiento social y las intervenciones necesarias en situaciones de necesidad social, y realizar su evaluación;
- impulsar proyectos comunitarios y programas transversales, especialmente los que buscan la integración y la participación de personas y grupos en situación de riesgo;
- fomentar la participación activa de la ciudadanía mediante estrategias socioeducativas que impulsen la solidaridad y la cooperación social organizada;
- orientar el acceso a los SS.SS especializados;
- promover medidas de inserción social, laboral y educativa.

Funciones de los servicios comunitarios específicos:

- desarrollo de programas y actividades para prevenir la exclusión de grupos vulnerables de características homogéneas y facilitarles la inserción y la normalización sociales;
- atención directa a colectivos con déficits de autonomía o en riesgo de exclusión que se encuentran en medio abierto o en centros de carácter no residencial o residencial temporal.

Funciones de los SS.SS especializados:

- realizar actuaciones preventivas de situaciones de riesgo y necesidad social;
- promover, establecer y aplicar medidas de inserción social, laboral, educativa y familiar.

Canarias

Funciones de los SS.SS de atención primaria y comunitaria:

- información, valoración, orientación, asesoramiento y seguimiento a la población sobre las prestaciones y servicios del sistema público de SS.SS y otros sistemas de protección;
- actuaciones de carácter preventivo y terapéutico tendentes a propiciar el desarrollo, la inclusión social de la población y la disminución de las situaciones de vulnerabilidad social;
- diseño y desarrollo de intervenciones de promoción de la autonomía, la calidad de vida y el bienestar social de la población de referencia en su ámbito de competencia;
- identificación e intervención en situaciones de riesgo o exclusión social;
- elaboración del plan de intervención social;
- coordinación con los servicios de empleo para lograr la inserción sociolaboral de aquellas personas con dificultades de acceder o mantener un empleo;
- coordinación con los servicios públicos de vivienda mediante el establecimiento de actuaciones conjuntas que garanticen la función social de la vivienda;
- coordinación y trabajo en red.

Funciones de los SS.SS de atención especializada:

- realización de actuaciones preventivas en situaciones de riesgo y necesidad social.

Cantabria

Funciones de los SS.SS de atención primaria:

- ofrecer información, evaluación, diagnóstico y orientación en materia de SS.SS;
- proporcionar los recursos y medios que faciliten la integración y la participación social de las personas, unidades de convivencia y grupos en la comunidad;
- realizar actuaciones preventivas e intervenir en las situaciones de riesgo y de necesidad social;
- promover medidas de inserción social, laboral y educativa.

Funciones de los SS.SS de atención especializada:

- proporcionar apoyos para prevenir y corregir las situaciones de grave riesgo de exclusión, dependencia o desprotección social;
- promover medidas de inclusión, participación, capacitación y rehabilitación social orientadas a normalizar y mejorar las condiciones de vida de las personas.

Castilla y León

Funciones de los equipos de acción social básica:

- información en relación con los recursos del sistema de SS.SS;
- orientación, asesoramiento y derivación de casos;
- coordinación y desarrollo de acciones preventivas;
- detección y diagnóstico de casos, valoración de las situaciones de necesidad y elaboración del plan de atención social de caso;
- promoción de la convivencia e integración familiar y social;
- sensibilización, promoción de la participación social y el asociacionismo.

Funciones de los equipos multidisciplinares específicos:

- diagnóstico y valoración, planificación de caso, intervención o atención directa.

El artículo 5 de la Ley de Servicios sociales señala que los SS.SS estarán especialmente dirigidos a favorecer el desarrollo integral, la autonomía, la integración, la igualdad de oportunidades y la integración plena de las personas mediante la detección de sus necesidades personales básicas y sus necesidades sociales, la prevención de las situaciones de riesgo, la eliminación o tratamiento de las situaciones de vulnerabilidad, desprotección, desamparo, dependencia o exclusión, y la compensación de los déficits de apoyo social.

Castilla – La Mancha

Funciones de los SS.SS de atención primaria:

- información y asesoramiento sobre las prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales, así como orientación sobre otros sistemas de protección social;
- detección de situaciones de necesidad que dificulten la autonomía y la integración social;
- elaboración, seguimiento y evaluación del Plan de Atención Social individual o familiar;
- acompañamiento, mediación y seguimiento en todo el proceso de intervención a seguir;
- fomento de la participación social en el ámbito comunitario.

Funciones de los SS.SS de atención especializada:

- valoración y diagnóstico de la situación de necesidad social que no puedan abordarse desde los SS.SS de Atención Primaria;
- elaboración del Plan de Atención Social individualizado, familiar o de la unidad de convivencia, en colaboración con los SS.SS de Atención Primaria, en aquellos casos que se requiera de una intervención conjunta.

El artículo 3 de la Ley de Servicios Sociales señala que los SS.SS tienen por finalidad asegurar el derecho de las personas a vivir dignamente, durante todas las etapas de su vida, mediante la cobertura y atención de sus necesidades personales, familiares y sociales, así como promover las actitudes y capacidades que faciliten la autonomía personal, la inclusión e integración social, la prevención, la convivencia adecuada, la participación social y la promoción comunitaria.

Cataluña

Funciones de los SS.SS básicos:

- ofrecer información, orientación y asesoramiento a las personas con relación a los derechos y recursos sociales y a las actuaciones sociales a que pueden tener acceso;
- valorar y realizar los diagnósticos social, socioeducativo y sociolaboral;
- realizar las actuaciones preventivas, el tratamiento social o socioeducativo y las intervenciones necesarias en situaciones de necesidad social;
- intervenir en los núcleos familiares o convivenciales en situación de riesgo social;
- impulsar proyectos comunitarios y programas transversales, especialmente los que buscan la integración y la participación sociales de las personas y los grupos en situación de riesgo.
- promover medidas de inserción social, laboral y educativa.

Funciones de los SS.SS especializados:

- realizar actuaciones preventivas de situaciones de riesgo y necesidad social;
- Promover, establecer y aplicar medidas de inserción social, laboral, educativa y familiar.

Comunidad Valenciana

Funciones de la atención primaria:

- información, orientación y asesoramiento;
- elaboración, implementación, seguimiento y evaluación del Plan personalizado de intervención social;
- acompañamiento, mediación y seguimiento a lo largo de todo el proceso de intervención;
- trabajo en red.

SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA:

- Servicio de inclusión social;
- Servicio de acción comunitaria.

Funciones de la atención primaria de carácter específico:

- implementación de programas y actuaciones que favorezcan la inclusión social de grupos vulnerables;
- desarrollo de estrategias de empoderamiento personal y promoción de la autonomía y promoción de acciones formativas, ocupacionales, socioeducativas y de inclusión social;
- asesoramiento, prevención y rehabilitación, en su caso, ante situaciones de vulnerabilidad o riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas;
- seguimiento del Plan personalizado de intervención social;
- acompañamiento, atención integral y protección ante situaciones de vulnerabilidad, riesgo o desprotección individual y familiar.

Funciones de la atención secundaria:

- gestión, coordinación y evaluación de las prestaciones de la atención secundaria.

SERVICIOS DE ATENCIÓN SECUNDARIA:

Atención residencial integral sostenida en el tiempo que, además de cubrir las necesidades de alojamiento y manutención, proporcione los apoyos extensos que requiera la promoción de la autonomía personal o el desarrollo de la persona, desde un enfoque preventivo y rehabilitador.

Extremadura

Funciones de los SS.SS de atención social básica:

- información, orientación y asesoramiento social en relación a las prestaciones de SS.SS;
- detectar, valorar, diagnosticar situaciones de necesidad personal y/o familiar, así como elaborar el plan de atención social al efecto;
- desarrollar actuaciones articuladas en torno a las personas, los grupos y la comunidad, orientadas al desarrollo socio-comunitario, que actúen en la promoción de las capacidades sociales y en la acción contra todo tipo de relaciones de dependencia y exclusión.

Funciones de los SS.SS de atención especializada:

- acometer actuaciones preventivas a nivel individual, familiar, grupal y/o comunitario, actuando sobre factores que provocan situaciones de necesidad o exclusión social;
- promover actuaciones de sensibilización social, fomento de la participación comunitaria, promoción del voluntariado y trabajo en red con instituciones y organizaciones.

Galicia

Funciones de los SS.SS comunitarios básicos:

- identificación de grupos de población vulnerables y la detección precoz de situaciones de riesgo para el desarrollo de actuaciones de carácter preventivo y de promoción social;
- información, orientación y asesoramiento, facilitando su acceso a los recursos sociales;
- fomento de la participación activa de la ciudadanía.

Funciones de los SS.SS comunitarios específicos:

- desarrollo de programas y actividades para prevenir la exclusión de grupos vulnerables de características homogéneas y facilitar su inserción y normalización social;
- atención directa a colectivos con déficits de autonomía o en riesgo de exclusión mediante programas en medio abierto, centros no residenciales o residenciales temporales.

Funciones de los SS.SS especializados:

Promover medidas de reinserción en su ámbito de actuación y desarrollar medidas de rehabilitación social orientadas a normalizar las condiciones de vida de las personas usuarias.

Comunidad de Madrid

Funciones de la atención social primaria:

- colaboración en la aplicación de la Renta Mínima de Inserción;
- desarrollo de programas comunitarios para la promoción social de individuos y grupos de población, así como para la prevención y detección precoz de situaciones de riesgo;
- desarrollo de programas y actividades para prevenir la exclusión y facilitar la reinserción social;
- fomento de la participación, la solidaridad y de la cooperación social.

Funciones de la atención social especializada:

- desarrollo de actividades socio-educativas, recuperadoras o rehabilitadoras;
- mantenimiento de cauces de comunicación y coordinación con Atención Social Primaria y otros Servicios del Bienestar Social, para dar continuidad en las atenciones, favorecer la intervención integral y mantener la vinculación de las personas con el ámbito comunitario.

Región de Murcia

Funciones de los SS.SS de atención primaria:

- ofrecer información, orientación y asesoramiento sobre los derechos y recursos sociales;
- impulsar y desarrollar proyectos de promoción comunitaria y programas transversales de protección social;
- tramitación, seguimiento y apoyo personalizado en el marco la Renta Básica de Inserción.

PROGRAMAS DE LOS SS.SS DE ATENCIÓN PRIMARIA:

- Programa de Prevención, Incorporación Social y Dinamización Comunitaria para favorecer la inclusión social de personas en riesgo o en situación de exclusión social.

Funciones de los SS.SS de atención especializada:

- realizar actuaciones preventivas de situación de riesgo y exclusión social.

Comunidad Foral de Navarra

Funciones de los SS.SS de base:

- facilitar el acceso a las prestaciones del sistema de SS.SS y de otros sistemas de protección social;
- acompañamiento social continuado a personas en situaciones de necesidad social;
- realizar actuaciones preventivas y de promoción social.

PROGRAMAS DE LOS SS.SS DE BASE:

- programa de Incorporación Social en Atención Primaria, que tendrá como finalidad favorecer la inclusión social de personas en riesgo o en situación de exclusión social.

Funciones de los SS.SS especializados:

- Desarrollar medidas de integración, participación, capacitación y rehabilitación social orientadas a normalizar y mejorar las condiciones de vida de las personas.

País Vasco

SERVICIOS DEL SISTEMA VASCO DE SERVICIOS SOCIALES:

1. SS.SS de atención primaria:

- servicio de información, valoración, diagnóstico y orientación;
- servicio de intervención socioeducativa y psicosocial;
- servicio de promoción de la participación y la inclusión social;
- servicios de acogida nocturna;
- servicios de alojamiento: pisos de acogida, viviendas tuteladas, apartamentos tutelados y vivienda comunitaria.

2. SS.SS de atención secundaria:

- servicio de valoración y diagnóstico de la exclusión y la desprotección;
- servicios o centros de día (incluidos los destinados a atender necesidades de inclusión social);
- centros de acogida nocturna para atender necesidades de inclusión social;
- centros residenciales (incluye centros residenciales para personas con enfermedad mental y centros para personas en situación de exclusión y marginación).

3. Prestaciones económicas:

Prestaciones para facilitar la integración social y/o la autonomía así como para cubrir o paliar situaciones de emergencia social.

La Rioja

Funciones de los SS.SS de primer nivel:

- detectar, analizar y diagnosticar las situaciones de riesgo y de necesidad social en su ámbito territorial;
- informar, orientar y asesorar a las personas sobre los servicios y prestaciones disponibles y su derecho a utilizarlos y percibirlos;
- prevenir las situaciones de riesgo, interviniendo sobre los factores que lo provocan y desarrollando actuaciones que eviten la aparición de problemáticas o necesidades sociales;
- proporcionar, con carácter temporal o permanente, medidas alternativas de convivencia en situaciones de deterioro físico, psíquico, afectivo o socioeconómico que impidan el desarrollo personal o familiar;
- promover la inserción social de personas y colectivos especialmente desfavorecidos;
- realizar programas de sensibilización social y fomentar la participación social;
- intervenir en los núcleos familiares o convivenciales en situación de riesgo o necesidad social, ofreciendo apoyo y acompañamiento social continuado.

Funciones de los SS.SS de segundo nivel:

- desarrollo de actividades de rehabilitación social de carácter complejo;
- gestión y promoción de recursos de alojamiento alternativo a la convivencia cuando la complejidad técnica de los servicios que prestan no corresponda al primer nivel.

Fuente: elaboración propia.

ANEXO III

DEPENDENCIA ORGÁNICA DE LOS DEPARTAMENTOS RESPONSABLES
DE LA DIRECCIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS
DE INCORPORACIÓN SOCIAL

A. PROGRAMAS Y SERVICIOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL EN ADICCIONES

CC.CA	Denominación	Dependencia
Andalucía	Servicio de Evaluación y Control de Programas	D.G. Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones (Consejería de Salud y Consumo)
Principado de Asturias	Salud Poblacional	Dirección General de Salud Pública (Consejería de Salud)
Canarias	Servicio de Atención a las Drogodependencias	D.G. Salud Pública del Servicio Canario de la Salud (Consejería de Sanidad)
Castilla y León	Servicio de Asistencia a Drogodependientes	Comisionado Regional para la Droga: Dirección Técnica del Comisionado Regional para la Droga (Consejería de Familia e Igualdad De Oportunidades)
Extremadura	Secretaría Técnica de Drogodependencia	Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
Galicia	Servicio de Salud Mental	D.G. de Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud (Consellería de Sanidad)
Comunidad de Madrid	Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y adicciones: Área de gestión de Adicciones	D.G. del Proceso Integrado de Salud. (Consejería de Sanidad)
Región de Murcia	Inserción Sociolaboral. Dirección Sociosanitaria	Gerencia de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
Ceuta	Área de Inserción Sociolaboral	Plan Sobre Drogas y Otras Conductas Adictivas (Consejería de Sanidad, Consumo y Gobernación)
Melilla	Drogodependencias	D.G. de Salud Pública y Consumo (Consejería de Políticas Sociales y Salud Pública)

Fuente: elaboración propia.

B. PROGRAMAS Y SERVICIOS GENERALES DE INCORPORACIÓN SOCIAL

CC.CA	Denominación	Dependencia
Andalucía	D.G. de Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente	Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad
Aragón	Instituto Aragonés de Servicios Sociales	Departamento de Ciudadanía y Servicios Sociales
Principado de Asturias	Servicio de Coordinación de Equipos y Recursos en el Territorio	D.G. de Servicios Sociales y Mayores (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar)
Islas Baleares	D.G. de Servicios Sociales	Consejería de Asuntos Sociales y Deportes
Canarias	D.G. de Derechos Sociales e Inmigración	Consejería de Derechos Sociales, Igualdad, Diversidad y Juventud.
Cantabria	Sección de inclusión social	Servicio Cántabro de Empleo
Castilla y León	Servicio de Inclusión Social	D.G. de Familias, Infancia y Atención a la Diversidad
Castilla-La Mancha	Servicio de Planificación y Gestión de la Atención Social	D.G. de Acción Social. Consejería de Bienestar Social
Cataluña	(No se especifica)	Departamento de Derechos Sociales
Comunidad Valenciana	Servicio de Inclusión Social, Desarrollo Comunitario y Voluntariado Servicio Valenciano de Empleo y Formación "Labora"	D.G. de Acción Comunitaria y Barrios Inclusivos. Secretaría Autonómica de Atención Primaria y Servicios Sociales. Consellería de Economía Sostenible, Sectores productivos, Comercio y Trabajo
Extremadura	D.G. de Servicios Sociales, Infancia y Familias	Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
Galicia	Servicio de Coordinación de Programas de Inclusión	D.G. de Inclusión Social (Consellería de Política Social y Juventud)
Comunidad de Madrid	D.G. de Integración	Consejería de Familia, Juventud y Política Social
Región de Murcia	Instituto Murciano de Acción Social	Consejería de Mujer, Igualdad, LGTBI, Familia y Política Social
Comunidad Foral de Navarra	Servicio de Atención Primaria e Inclusión Social	D.G. de Protección Social y Cooperación al Desarrollo (Departamento de Derechos Sociales)
País Vasco	Dirección de Servicios Sociales Dirección de Empleo e Inclusión	Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales Departamento de Trabajo y Empleo
La Rioja	Servicio de Planificación y Acción Social Sección de Inserción Sociolaboral y Desarrollo Local	D.G. de Servicios Sociales (Consejería de Servicios Sociales y Gobernanza Pública) D.G. de Empleo, Diálogo Social y Relaciones Laborales (Consejería de Desarrollo Autonómico)
Melilla	D.G. de Servicios Sociales	Consejería de Políticas Sociales y Salud Pública

(*) La Ciudad Autónoma de Ceuta no dispone de un departamento responsable de la dirección y planificación de programas y servicios generales de incorporación social.

Fuente: elaboración propia.

**REVISIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL
DE LAS EVIDENCIAS DISPONIBLES,
LAS POLÍTICAS Y LOS PROGRAMAS DE
INCORPORACIÓN SOCIAL DE ADICCIONES**



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS