

ORIGINAL

## Implementación de estándares de calidad en la reducción de la demanda de drogas: Perspectivas del proyecto FENIQS-UE y caminos a seguir

### *Implementation of quality standards in drug demand reduction: Insights from FENIQS-EU project and ways forward*

KATARINA SERDAR<sup>\*</sup>; MARTINA FERIC<sup>\*</sup>; MATEA BELOSEVIC<sup>\*</sup>; DIJANA JERKOVIC<sup>\*\*</sup>;  
ALBA GONZÁLEZ-ROZ<sup>\*\*\*</sup>, <sup>\*\*\*\*</sup>; WOUTER VANDERPLASSCHEN<sup>\*\*</sup>.

<sup>\*</sup> Laboratorio de Investigación en Prevención, Departamento de Trastornos del Comportamiento, Facultad de Ciencias de la Educación y Rehabilitación, Universidad de Zagreb, Zagreb, Croacia.

<sup>\*\*</sup> Departamento de Necesidades Educativas Especiales, Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación, Universidad de Ghent, Bélgica.

<sup>\*\*\*</sup> Instituto Europeo de Estudios en Prevención (IREFREA), Palma de Mallorca, España.

<sup>\*\*\*\*</sup> Grupo de Investigación en Conductas Adictivas (GCA) – Departamento de Psicología/Universidad de Oviedo, Oviedo (Asturias), España.

#### Resumen

Los estándares de calidad constituyen una herramienta para mejorar la calidad de la prevención, el tratamiento, y la reducción de daños del uso de drogas y para unificar ciencia y práctica. Este artículo tiene como objetivo describir el estado de la implementación de los estándares de calidad en la reducción de la demanda de drogas en la Unión Europea e identificar las barreras, las necesidades y los desafíos para su implementación. Entre junio y noviembre (2021) se realizó una encuesta en línea ( $n = 91$ ) y entrevistas de seguimiento ( $n = 26$ ) con informantes clave, expertos en reducción de la demanda de drogas y sistemas de garantías de calidad. Se emplearon estadísticos descriptivos y análisis temáticos. La mayoría de los países ha implementado los Estándares europeos de calidad en prevención de drogas (EDPQS) en el ámbito de la prevención y las Normas mínimas de calidad (MQS) en la reducción de la demanda de drogas. En el área de tratamiento, los estándares mínimos de calidad EQUUS son ampliamente conocidos. La aplicación de estándares de calidad es menor en la reducción de daños. Se identificaron distintos retos y barreras: la falta de financiación e importancia concedida a la evaluación, las competencias profesionales y la fragmentación del sistema. Los factores de apoyo fueron materiales y formación, apoyo político y redes profesionales. Los estándares de calidad no se implementan en todas las áreas de reducción de la demanda de drogas. Los informantes clave sugirieron la necesidad de fomentar la implementación de los estándares de calidad, asegurar financiación y formación.

**Palabras clave:** estándares de calidad, implementación, reducción de la demanda de drogas, alcohol, drogas, Europa

#### Abstract

Quality standards have been recognized as an important tool for improving the quality of drug use prevention, treatment, and harm reduction services and for bridging the gap between science and practice. The aim of this paper is to describe the state of implementation of quality standards in drug demand reduction in the European Union and to identify barriers, needs, and challenges to implementation and future pathways. Between June and November 2021, an online survey ( $n = 91$ ) and follow-up interviews ( $n = 26$ ) were conducted with key informants - experts in drug demand reduction and quality assurance. Data were analyzed using descriptive statistics and thematic analysis. The survey showed that most countries have implemented the European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS) in the prevention domain and the Minimum Quality Standards (MQS) in drug demand reduction. A variety of standards are applied in the treatment area and the EQUUS minimum quality standards are widely known. The application of quality standards is least reported in the harm reduction service area. Mentioned challenges and barriers to implementation included lack of funding, unrecognized importance of evaluation, professional competencies, and system fragmentation. Mentioned supportive factors included appropriate materials and training, as well as political support and professional networks. The study shows that quality standards are inconsistently implemented in all areas of drug demand reduction. According to respondents, implementation could be improved by advocating for the need to implement quality standards, ensuring sustainable funding for interventions, and providing education and training.

**Keywords:** quality standards, implementation, drug demand reduction, alcohol, drugs, Europe

■ Recibido: Octubre de 2022; Aceptado: Mayo 2023.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

#### ■ Enviar correspondencia a:

Katarina Serdar. Laboratory for Prevention Research, Department of Behaviour Disorders, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences, University of Zagreb. Borongajska cesta 83f, Zagreb, 10000, Croatia. E-mail: katarina.serdar@erf.unizg.hr

**E**n décadas recientes, investigadores, profesionales y formuladores de políticas han reconocido la importancia de las intervenciones efectivas de reducción de la demanda de drogas (DDR). El principal documento estratégico europeo en este campo, la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2013-2020 (Consejo de la Unión Europea, 2012) identificó dos campos políticos: la DDR y la reducción de la oferta de droga. La DDR se describió como una gama de medidas igualmente importantes: prevención (ambiental, universal, selectiva e indicada), detección e intervención tempranas, reducción de riesgos y perjuicios, tratamiento, rehabilitación, reinserción social y restablecimiento. Estas medidas tienen como objetivo contribuir a la reducción del consumo de drogas ilícitas, retrasar la edad de inicio y prevenir y reducir el consumo problemático de drogas, la dependencia y los riesgos y daños sanitarios y sociales asociados. Mientras tanto, la Estrategia de la UE sobre drogas 2021-2025 recientemente adoptada (Consejo de la Unión Europea, 2020) hizo una distinción entre la DDR y las actividades de reducción de daños e implementó un cambio en las prioridades. Se identificaron tres ámbitos: I. Reducción de la oferta de drogas: mejora de la seguridad, II. Reducción de la demanda de drogas: servicios de prevención, tratamiento y asistencia y III. Afrontamiento de los daños relacionados con las drogas. Los objetivos del ámbito de la DDR se mantuvieron igual que en el documento mencionado anteriormente, con la excepción de que los riesgos y daños relacionados con las drogas se presentaron por separado. En ese contexto, abordar los daños relacionados con las drogas se centra en medidas y políticas de prevención o reducción de los posibles riesgos y daños para la salud y la sociedad para diversos grupos objetivo, como los usuarios, la sociedad y los entornos penitenciarios. Se convirtieron en ámbitos prioritarias las intervenciones y medidas de reducción de riesgos y daños para proteger y apoyar a las personas que consumen drogas (como la prevención de enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas, la prevención de sobredosis y muertes relacionadas con las drogas, la promoción de la organización de la sociedad civil y la facilitación de financiación sostenible, y la oferta de alternativas a las sanciones coercitivas).

Ambas estrategias sobre drogas de la UE (Consejo de la Unión Europea, 2012, 2020) destacan la importancia de implementar normas de calidad (QS) como una forma de mejorar la calidad de los servicios relacionados con las drogas y de acortar distancias entre la ciencia y la práctica (Consejo de la Unión Europea 2012, 2020). Diversos mecanismos de garantía de calidad (QA) y control de calidad deben garantizar la calidad de la prevención, el tratamiento y la reducción de daños de las drogas, y las Normas de calidad (QS) se consideran una de las herramientas cruciales en este proceso (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [EMCDDA], 2011a; Ferri et al.,

2018). Las QS brindan orientación sobre los principios y las reglas generales que deben guiar la implementación de intervenciones y prácticas recomendadas (Brunsson y Jacobsson, 2000; según Ferri y Bo, 2012). Algunos ejemplos de QS, en base a las normas mínimas de calidad del Consejo de la Unión Europea, incluyen las siguientes recomendaciones: «Las intervenciones de prevención forman parte de un plan de prevención coherente a largo plazo, se supervisan convenientemente de forma continua permitiendo los ajustes necesarios, se evalúan y sus resultados se difunden con el fin de aprender de las experiencias nuevas»; «Las medidas de reducción de riesgos y daños, que incluyen medidas relacionadas con enfermedades infecciosas y muertes relacionadas con las drogas, tienen objetivos realistas, son ampliamente accesibles y se adaptan a las necesidades de las poblaciones objetivo»; «Las intervenciones y los servicios de tratamiento e integración social se basan en el consentimiento informado, están orientadas al paciente y respaldan su capacidad de decisión» (Consejo de la Unión Europea, 2015: 4-6).

Se han relacionado varios beneficios con la implementación de las QS, como reducir la brecha entre la evidencia disponible y la práctica, mejorar la calidad de la prestación del servicio, aumentar la transparencia hacia los usuarios del servicio y la sociedad civil, y facilitar la evaluación y la retroalimentación (Autrique et al., 2016). Aunque las QS son aspiracionales (Organización Mundial de la Salud [OMS] y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2020) y deben verse como principios rectores (EMCDDA, 2014), es importante garantizar una implementación adecuada (Ferri y Bo, 2012). Las QS promueven la calidad traduciendo el conocimiento en práctica e incluyendo a todas las partes interesadas relevantes en el proceso de implementación, lo que facilita la implementación exitosa de las QS (Ferri y Griffiths, 2021).

Las normas de calidad responden de manera diferente a las intervenciones, los servicios y las personas (Burkhart, 2015) y pueden estar destinadas a las partes interesadas involucradas en diversas fases del desarrollo de la intervención, como la planificación, la obtención de financiación, la implementación, el monitoreo y la evaluación. Las QS pueden tener relación con aspectos relativos al contenido, aspectos procesuales o estructurales de la QA (EMCDDA, 2017a), lo que dota al proceso de implementación de considerable complejidad y dificultad.

En años recientes, se ha desarrollado una amplia gama de QS internacionales en el área de la DDR, como los Estándares de calidad europeos para la prevención de adicciones (EDPQS) (OEDT, 2011b), los Estándares mínimos de calidad en reducción de la demanda de drogas para la Unión Europea (EQUS) (Schaub et al., 2013; Uchtenhagen y Schaub, 2011), las conclusiones del Consejo de la UE sobre Normas mínimas de calidad en la reducción de la demanda de droga (MQS) (Consejo de la Unión Europea,

2015), las Normas internacionales para la prevención del uso de drogas de la UNODC/OMS (UNODC y OMS, 2018), y las Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas de la OMS/UNODC (OMS y UNODC, 2020). Otras normas son más temáticas y se refieren a intervenciones específicas (p. ej., normas y objetivos de las comunidades terapéuticas (Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas, s.f.) o se limitan a un país o región específicos. Una descripción general anterior de la QA en la DDR en Europa (Ferri et al., 2018) señaló que, aunque las intervenciones basadas en evidencia son cada vez más aceptables, los problemas de implementación no se han abordado de manera suficiente. A menudo, las QS no son vinculantes para los gobiernos nacionales y presentan la voluntad política de una determinada comunidad para abordar intervenciones con un enfoque basado en evidencia (Ferri y Griffiths, 2021). También supone un desafío la adopción de las QS debido a la gran heterogeneidad de las intervenciones y los servicios, así como a la diversidad de las partes interesadas involucradas (Autrique et al., 2016). Varios factores identificados que contribuyen a la implementación exitosa de las QS son el consenso de expertos, la capacitación, la acreditación, la certificación y la evaluación de si los proveedores comprenden o no la lógica subyacente (EMCDDA, 2012, 2014). La complejidad de los factores antes mencionados conduce a variaciones en la implementación de las QS entre y dentro de los países, así como entre áreas de la DDR (EMCDDA, 2022).

A pesar de que una amplia gama de investigadores, expertos y responsables políticos han reconocido que las QS son una importante herramienta de garantía de calidad, hay poca información disponible sobre el grado de implementación y los factores locales que la afectan de manera positiva o negativa (EMCDDA, 2022). Además de tener una imagen más clara de la implementación de las QS, también es importante comprender los factores que facilitan o dificultan el proceso de implementación. Una comprensión de estos factores podría ayudar a mejorar la calidad de la prestación de servicios, aumentar el grado en que se implementan las QS en la práctica diaria, mejorar la rendición de cuentas y crear garantías mínimas de calidad entre y dentro de los países. Por tanto, este artículo tiene como objetivo describir la situación de la implementación de normas de calidad por áreas de la DDR –prevención, tratamiento/reinserción social y reducción de daños– e identificar barreras, necesidades y desafíos en la implementación de las QS en Europa.

## Métodos

### Participantes y procedimiento

Este estudio se llevó a cabo entre junio y noviembre de 2021 como parte del proyecto Further ENhancing the Implementation of Quality Standards in drug demand reduc-

tion across Europe (FENIQS-EU) cuyo objetivo es mejorar la implementación de las QS en la DDR en Europa, y potenciar más servicios, organizaciones y países que apliquen las QS en la práctica diaria. Para lograr estos objetivos, se empleó una metodología diversa.

Primero, se consultaron los informes nacionales sobre drogas (EMCDDA, 2019) y los libros de trabajo de buenas prácticas de los países (EMCDDA, 2020) para identificar las iniciativas de QS disponibles en la Unión Europea (UE) y el Reino Unido (R. U.). Además, con el apoyo del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), se identificaron informantes clave (las personas con mayor conocimiento sobre la implementación nacional de las QS) de los Puntos Focales Nacionales de la REITOX del EMCDDA.

Segundo, se configuró una encuesta en línea en tres versiones: prevención, tratamiento/reinserción social, reducción de daños. Cabe señalar que la reducción de daños se incluyó en el ámbito de la DDR según la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2013-2020, dado que la actualización 2021-2025 no estaba disponible en el momento de la presentación del proyecto a la autoridad de financiación en 2019. Las preguntas incluidas en la encuesta en línea se centraron en el uso de las QS (si las QS se están implementado o no en el país), en caso afirmativo, el grado de implementación de las QS, la cobertura de las MQS (Consejo de la Unión Europea, 2015), las principales razones para la implementación, los desafíos y las barreras para la implementación, las necesidades de apoyo y los ejemplos de buenas prácticas de implementación de las QS. Además, los participantes con los que se contactó pudieron recomendar otros informantes clave a los Puntos Focales Nacionales del EMCDDA, a quienes luego se les pidió la aportación de información sobre la implementación nacional de las QS. La encuesta en línea se administró mediante la herramienta Survey Monkey. Se envió a todos los informantes clave identificados un correo electrónico con un enlace a la encuesta. Tras una primera ola de la encuesta (entre el 10 de junio de 2021 y el 13 de septiembre de 2021), el limitado número de respuestas no permitió sacar conclusiones firmes. Para recopilar más información, los socios del proyecto y los miembros de la Junta Consultiva Internacional (JCI) identificaron informantes clave adicionales para las encuestas en línea (principalmente de Organizaciones No Gubernamentales [ONG] establecidas en el campo, otras instituciones relevantes del país y la comunidad académica), y se decidió lanzar una segunda ola de la encuesta (entre el 17 de septiembre de 2021 y el 15 de octubre de 2021), centrada en obtener información sobre países para los que se carecía de datos por completo o la ausencia de datos para algunas áreas de la DDR. Tercero, se realizaron entrevistas de seguimiento con informantes clave de países que confirmaron una implementación más amplia de las QS y que aceptaron participar. La idea era aprender más sobre la práctica de implementar las QS en

diferentes países. Relacionado con eso, las entrevistas de seguimiento tuvieron como objetivo revisar el cumplimiento con las MQS, debatir la situación en los países desde una perspectiva histórica y crítica, y proporcionar información adicional sobre problemas específicos en torno a la implementación. Las entrevistas se realizaron mediante videoconferencia entre el 17 de septiembre de 2021 y el 24 de noviembre de 2021.

Todos los participantes eran representantes de los países (de los Puntos Focales Nacionales del EMCDDA) u otros informantes clave (recomendados por los expertos de los Puntos Focales Nacionales del EMCDDA para ser contactados) que pudieron proporcionar información sobre si las QS se están implementando o no en su país y, en caso afirmativo, aportar una descripción general del nivel de implementación de las QS en un área particular de la DDR, así como información sobre las necesidades, las barreras y los desafíos para la implementación de las QS. Aproximadamente 230 informantes clave fueron identificados y contactados en la Unión Europea (UE) y el Reino Unido (R. U.).

**Tabla 1**  
*Entrevistas de seguimiento realizadas*

Prevención	Tratamiento/ reinserción social	Reducción de daños
Chipre	Austria	Croacia
Alemania	Bélgica	República Checa
Grecia	Francia	Dinamarca
Italia	Irlanda	Luxemburgo
Letonia	Italia	Portugal
Países Bajos	Lituania	Eslovaquia
Suecia	Luxemburgo	Eslovenia
Reino Unido	Países Bajos	Países Bajos
	Reino Unido	Reino Unido

Se completaron 91 encuestas y se recopilieron datos para 27 países. La mayoría de los participantes trabajan como expertos en el Punto Focal Nacional del EMCDDA y, en menor medida, en otras instituciones nacionales relevantes, ONG establecidas en el campo o instituciones académicas (universidades o institutos). La información sobre la implementación de las QS por área de la DDR fue la siguiente: encuestas de prevención ( $n = 35$ ), tratamiento/reinserción social ( $n = 25$ ) y reducción de daños ( $n = 31$ ). La Figura 1 muestra el número de encuestas completadas por país y por área de la DDR.

Se realizaron 26 entrevistas de seguimiento en total: 8 en el área de prevención, 9 en el área de tratamiento/reinserción social y 9 en el área de reducción de daños (Tabla 1). En tres países, se realizaron entrevistas de seguimiento con informante claves que informaron sobre tratamiento/reinserción social y reducción de daños.

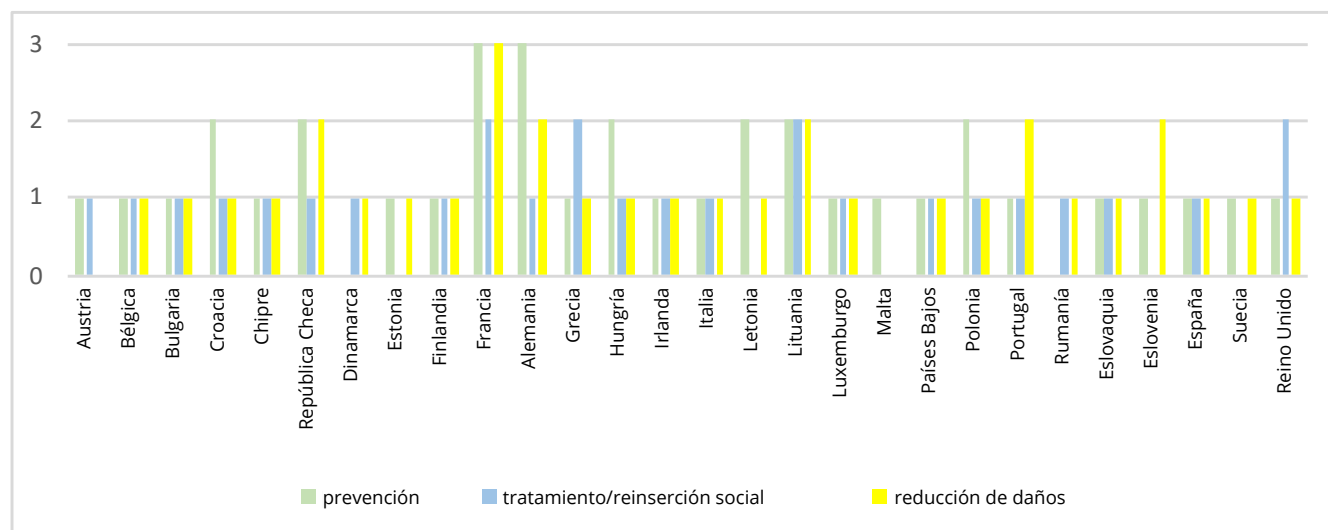
El Comité de Ética de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Ghent aprobó el estudio (no. de referencia 2021-101). Los participantes dieron su consentimiento para participar en la encuesta en línea después de que se les explicara los objetivos del estudio y antes de que se realizara la encuesta. Antes de participar en las entrevistas de seguimiento, los participantes recibieron una hoja de información y firmaron un formulario de consentimiento informado.

## Instrumentos

### **Encuesta en línea en tres versiones: prevención, tratamiento/reinserción social, reducción de daños**

La encuesta (60 preguntas) tuvo como objetivo recopilar información sobre el grado de implementación de algunas de las QS internacionales recientes además de sobre la implementación nacional de las QS en cada país. La encuesta fue anónima, aunque los participantes podían propor-

**Figura 1**  
*Número de encuestas completadas por país y por área de DDR*



nar información de contacto y revelar su identidad. Las preguntas de la encuesta se centraron en los antecedentes profesionales de los participantes del estudio (p. ej., afiliación, puesto profesional, años de experiencia), aunque estas preguntas no eran obligatorias. Un segundo apartado evaluó la implementación de algunas de las QS ampliamente conocidas para todas las áreas específicas de la DDR:

1. Normas mínimas de calidad de la UE para las intervenciones de la DDR (MQS) (Consejo de la Unión Europea, 2015) – todas las áreas de DDR.
2. Normas mínimas de calidad europeas para la DDR (EQUS) (Uchtenhagen y Schaub, 2011) – todas las áreas de DDR.
3. Normas de calidad europeas para la prevención de adicciones (EDPQS) (EMCDDA, 2011b) – prevención.
4. Normas internacionales para la prevención del uso de drogas de la UNODC/OMS (UNODC y OMS, 2018) – prevención.
5. Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas de la UNODC/OMS (OMS y UNODC, 2020) – tratamiento/reinserción social, reducción de daños.
6. Normas y objetivos de las comunidades terapéuticas (Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas, s.f.) – tratamiento/reinserción social.

Los encuestados proporcionaron la siguiente información sobre la implementación de cada QS en sus países: área de la DDR, adopción (sí/no), período de implementación, nivel territorial de implementación de las QS (nacional, regional [p. ej., estado o condado], local [p. ej., ciudad o comunidad local]), ámbitos de implementación de las QS (salud, bienestar social, aplicación de las leyes, justicia, educación, otros) y evaluación del grado de implementación de las QS (sí, totalmente; sí, en cierta medida). Los participantes también pudieron indicar la adopción de otras QS nacionales o internacionales implementadas en su país en cualquier área de la DDR.

El último apartado incluyó preguntas que abordaban las barreras, las necesidades y los desafíos en la implementación de las QS. Además, los participantes pudieron mencionar ejemplos de prácticas inspiradoras de implementación de las QS en su país y describirlas brevemente. Al final de la encuesta, también pudieron recomendar a otros informantes clave en su país e indicar si estaban o no dispuestos a participar en una entrevista de seguimiento.

### Entrevistas de seguimiento

La entrevista fue semiestructurada (duración aproximada de 30 minutos). Se pidió a los encuestados que describieran el proceso de implementación de las QS, identificaran los factores que respaldan el proceso de implementación de las QS (fortalezas) e identificaran los desafíos o las barreras para implementar las QS en sus países. También se pregun-

tó a los encuestados acerca de su percepción sobre la implementación de las QS en los próximos dos años en sus países.

### Análisis de datos

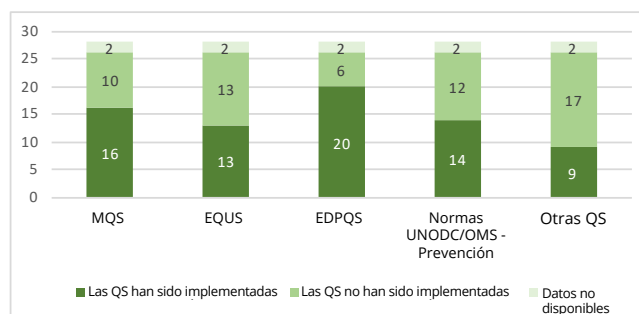
Para analizar los datos recopilados a través de la encuesta en línea, se utilizó estadística descriptiva para determinar las características de la muestra y evaluar la implementación de las QS por áreas de la DDR. Todos los análisis se realizaron con SPSS 21.0 (IBM, Armonk, NY, EE. UU.). Los datos de las entrevistas y las respuestas a las preguntas abiertas se analizaron mediante un enfoque inductivo del análisis temático, un método para analizar e identificar patrones de datos (Braun y Clarke, 2021; Joffe, 2011). Este tipo de análisis se consideró más apropiado para captar el objetivo del estudio sin limitarse a una teoría a priori. Se relevaron las preguntas abiertas de la encuesta en línea, se tomaron notas y se desarrolló una estructura de codificación preliminar conforme al objetivo del estudio. Se transcribieron las entrevistas de seguimiento, se tomaron notas y luego fueron codificadas por los investigadores. El proceso de codificación fue realizado de forma independiente por tres investigadores, y luego las áreas clave se discutieron entre ellos y se agruparon en temas clave.

## Resultados

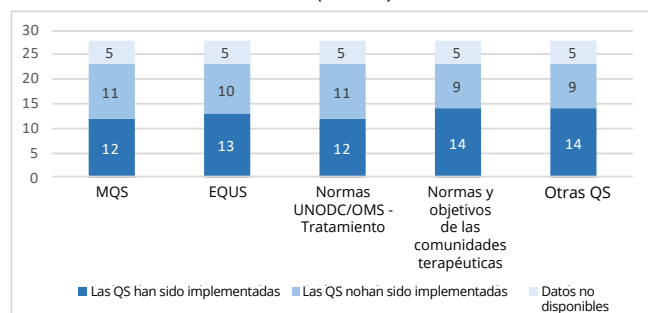
### Implementación de las normas de calidad por áreas - prevención, tratamiento/reinserción social y reducción de daños

En el área de prevención, nueve (9) informantes clave brindaron una visión general de la implementación de las QS a nivel local, nueve (9) a nivel regional y treinta y cuatro (34) a nivel nacional. En el área de tratamiento/reinserción social, seis (6) informantes clave brindaron una descripción general de la implementación de las QS a nivel local, siete (7) a nivel regional y veinticinco (25) a nivel nacional. Seis (6) informantes clave en el área de reducción de daños brindaron una descripción general de la implementación de las QS a nivel local, tres (3) a nivel regional y veintisiete (27) a nivel nacional.

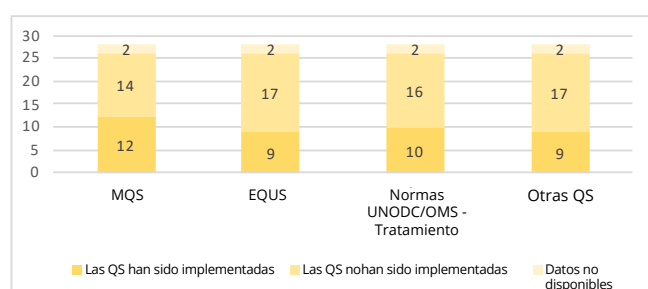
Figura 2  
Número de países que implementan las QS en el área de prevención (N = 35)



**Figura 3**  
Número de países que implementan las QS en el área de tratamiento/reinserción social (N = 25)



**Figura 4**  
Número de países que implementan las QS en el área de reducción de daños (N = 31)



Con respecto a la implementación de las QS en el *área de prevención*, la mayoría de los países ha implementado los estándares EDPQS ( $n = 20$ ), seguidos por las MQS, los EQUUS y las Normas internacionales para la prevención del uso de drogas de la UNODC/OMS. Nueve (9) países han adoptado otras normas, en su mayoría QS nacionales. Los datos sobre prevención no están disponibles para dos (2) países: Dinamarca y Rumanía. La Figura 2 muestra el número de países que implementa varias QS internacionales en el área de prevención. Los informantes clave informaron que la mayoría de las QS se han implementado en el sector de la salud, seguido por los de educación, bienestar social y aplicación de las leyes. La implementación de las QS es menos común en el ámbito de la justicia.

Los informantes clave en el *área de tratamiento/reinserción social* de trece (13) países declararon haber implementado los estándares EQUUS y doce (12) mencionaron la implementación de las MQS y las Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas. Aunque limitado a un tipo específico de servicios, 14 países hacen referencia a la implementación de las Normas y objetivos de las comunidades terapéuticas y otras QS nacionales. No hay datos disponibles para cinco (5) países: Estonia, Letonia, Malta, Eslovenia y Suecia. La Figura 3 muestra el número de países que implementan las QS internacionales en el área de tratamiento/reinserción social.

En términos de ámbitos de políticas, en cada país se han implementado las QS principalmente en los campos de salud y bienestar social, seguidos por educación, justicia y aplicación de las leyes.

En el *área de reducción de daños*, informantes clave de 12 países afirmaron que se han implementado los estándares EQUUS y otras QS (principalmente nacionales), mientras que las Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas y las MQS se aplican en menor medida. No hay datos disponibles para dos (2) países: Austria y Malta. La mayoría de las QS para los servicios de reducción de daños se implementan en los ámbitos de salud y bienestar social, seguido por los de aplicación de las leyes y justicia. La Figura 4 muestra el número de países que implementan las QS internacionales en el ámbito de la reducción de daños.

### Necesidades, barreras y desafíos en la implementación de las QS

Mediante un análisis temático, se identificaron diferentes temas en torno a los tres principales (Tabla 2).

**Tabla 2**  
Temas identificados: preguntas abiertas y entrevistas de seguimiento (análisis temático)

Áreas	Temas
Necesidades	Obligatoriedad de las QS
	Recursos (materiales, formación, recursos humanos, finanzas, infraestructura)
	Apoyo en todos los niveles (políticos, tomadores de decisiones, organizaciones internacionales)
Desafíos y barreras	Importancia no reconocida de la evaluación y el monitoreo
	Falta de financiación
	Importancia no reconocida de la evaluación
	Competencias y puestos de los profesionales
Factores de apoyo	Fragmentación e inercia del sistema
	Materiales y formación
	Soporte y trabajo en red

### Área 1. Necesidades de implementación de las QS

Según los encuestados, el desarrollo y la adopción de las QS obligatorias para diferentes sistemas de servicios sociales y de salud es una necesidad reconocida en relación a la implementación de las QS. En la mayoría de los países, no es obligatorio implementar las QS. También se reconoce la necesidad del uso de documentos estratégicos para la implementación de las QS, así como el uso más sistemático de los estándares existentes. Es más, en algunos países existe la necesidad de trabajar en la armonización de las QS existentes e incluir el uso de las QS como criterio de financiación.

«En [el país X] no existe una única norma que todos deban aplicar, y cada uno puede inventar la suya propia». (prevención)

Los materiales y la formación, las personas, los aspectos económicos y la infraestructura se mencionan como *recursos* necesarios a tener en cuenta al implementar las QS. La educación y formación deben ser continuas y sistemáticas y deben incluir el fortalecimiento y el desarrollo de habilidades de promoción. Además, los materiales y las directrices de las QS deben ser accesibles, visibles y fáciles de usar.

*«Brindar formación a profesionales y crear la base de estándares mínimos de obligado cumplimiento como criterio para la obtención de financiamiento».* (reducción de daños)

Los informantes clave afirmaron que *se necesita un mayor apoyo político en todos los niveles*. Son necesarios la voluntad y el apoyo políticos para reconocer la importancia de las QS y para implementarlas con efectividad. Además, los informantes clave reconocieron la necesidad de colaboración entre las partes interesadas y de cooperación con organizaciones internacionales. Para brindar apoyo a la implementación de las QS, algunos informantes clave creen que es necesario establecer una institución específica (p. ej., asesoramiento previo a la certificación, auditoría de desarrollo, metodólogos y consultores de calidad) y organizaciones científicas que promuevan la implementación de las QS a nivel nacional.

*«...Es necesario abogar por la prevención efectiva y la aplicación de normas entre los políticos. Además, el sector de las ONG debe fomentar la importancia de la prevención, aunque los resultados no sean visibles de inmediato».* (prevención)

Algunos informantes clave indicaron que la *importancia de servicios de evaluación y monitoreo* prestados en todas las áreas de la DDR *carecen de suficiente reconocimiento*. Esto plantea la necesidad de una evaluación continua y el desarrollo de un sistema de evaluación eficaz.

*«No existe una cultura de evaluación de las intervenciones realizadas, no solo en la prevención del uso de drogas sino en la prevención en general».* (prevención)

## **Área 2. Desafíos y barreras relacionadas con la implementación de las QS**

La financiación insuficiente y discontinua se consideró un desafío o una barrera por los encuestados en todas las áreas de la DDR. Para la prevención, por ejemplo, algunos informantes clave indicaron que la financiación continuada es inexistente para la prevención y que las ONG ejecutan sus actividades principalmente sobre la base de convocatorias de propuestas de distintos ministerios. Respecto de la financiación, los informantes clave señalaron que el trabajo de los profesionales está mal recompensado. En el área de reducción de daños, se reconoce como un desafío la creación de financiación segura y estable para los servicios.

*«No hay financiación para la reducción de daños; por tanto, no existen las QS».* (reducción de daños)

La *importancia no reconocida de la evaluación* también se identificó como un desafío o barrera, ya que algunos países no ven la necesidad y el valor de la evaluación, independientemente del área de la DDR.

*«[Lo que falta es] una evaluación continua durante el tratamiento y la adopción flexible de estrategias para potenciarla».* (tratamiento/reinserción social)

Numerosos desafíos y barreras afectan a *la competencia y la posición de los profesionales*. En algunos países, hay una falta de trabajo de prevención o falta de apoyo a los trabajadores de prevención, en particular respecto de la evaluación de estos programas. Desde la perspectiva de algunos informantes clave, los EDPQS se percibían como un proceso demasiado burocrático. La débil posición de las asociaciones profesionales también se consideró un desafío. En algunas áreas de la DDR, los profesionales están abandonando el campo y, como resultado, otros tienen una carga de trabajo abrumadora.

*«Personal sobrecargado de trabajo. No tienen tiempo ni energía para invertir en su conocimiento sobre cómo implementar las QS. La mayoría de los trabajadores sociales carece de tiempo y recursos para participar en las conferencias o en nuevas formaciones. [...] El presupuesto está asegurado para actividades con clientes, no para un mayor desarrollo profesional».* (reducción de daños)

También se identificaron *la fragmentación e inercia del sistema* como un reto importante. En algunos países, las instituciones responsables de prevención no comparten una visión común de las intervenciones basadas en evidencia y la importancia de las QS. Los informantes clave señalaron que distintas autoridades están a cargo y que es necesario aclarar quién es responsable de la difusión de las QS. En el área de tratamiento, la principal barrera es la disponibilidad del tratamiento (en un plazo temporal razonable). Los sistemas son lentos e inflexibles para adaptarse a nuevos descubrimientos y carecen de un buen vínculo con la planificación a largo plazo. La dicotomía entre la abstinencia y los servicios orientados a la reducción de daños es uno de los mayores desafíos para el tratamiento/reducción de daños desde la perspectiva del informante clave.

*«El sistema es muy lento para adaptarse a los nuevos desarrollos».* (tratamiento/reinserción social)

## **Área 3. Factores que apoyan la implementación de las QS**

Los informantes clave indicaron que los principales factores que apoyan el proceso de implementación de las QS son la existencia de *materiales y entrenamientos adecuados*. Algunos señalaron la necesidad de educación y formación continuas y la disponibilidad y difusión del conocimiento científico. La disponibilidad de materiales de la QS en el idioma nacional también es uno de los factores importantes que pueden influir en la implementación de las QS. Las QS debe ser accesibles, visibles y adoptadas por diferentes sectores y disciplinas. Según los encuestados, los profesionales deben tener habilidades de promoción, centrarse en la calidad y el usuario del servicio e invertir continuamente en educación y conocimiento.

*«[Es muy importante] incorporar con mayor efectividad el desarrollo profesional y la educación dentro de las trayectorias y carreras profesionales existentes».* (prevención)

También se consideran importantes factores de apoyo un *suficiente apoyo y trabajo en red*. La implementación de las QS requiere el apoyo de ministros, gobiernos y tomadores de decisiones en todos los niveles, pero también de la comunidad académica; además, es necesaria la colaboración intersectorial. Los expertos con gran conocimiento de las QS deben abogar entre los encargados de formular políticas y tomar decisiones para mejorar la implementación de las QS.

*«La disponibilidad y visibilidad de las QS es muy importante (un buen sitio web, promoción y publicidad sobre las QS, comunicación)».* (tratamiento/reinserción social/reducción de daños)

En algunos casos, los factores de apoyo varían según el área de la DDR. Algunos informantes clave reconocieron la existencia de una ley de prevención y un plan nacional de prevención como factores que respaldan la implementación de las QS, mientras que otros mencionaron el tratamiento basado en evidencia realizado por especialistas altamente cualificados y la regulación del tratamiento mediante formación profesional. Los expertos en reducción de daños enfatizaron la importancia de contar con un documento estratégico.

## Discusión

Los resultados de este estudio muestran que las QS solo se implementan en la mitad o dos tercios de los países de la UE y la implementación de las QS varía considerablemente entre áreas de la DDR. Las necesidades de implementación con respecto a las QS se describieron en términos de implementación obligatoria de las QS, recursos y apoyo necesarios y necesidades de seguimiento y evaluación. Como principales desafíos y barreras para la implementación, se mencionaron la falta de financiación, la importancia no reconocida de la evaluación, las competencias de los profesionales y los tomadores de decisiones y la fragmentación del sistema. Por último, los informantes clave mencionaron como factores de apoyo para la implementación de las QS la disponibilidad de materiales y formación además de apoyo y redes.

En los últimos años, se ha aceptado que los servicios de la DDR deben proporcionar intervenciones basadas en evidencia; también se ha prestado mayor atención a la calidad de los servicios ofrecidos (EMCDDA, 2021a). El Plan de acción de la UE sobre drogas 2021-2025 considera la adopción de las QS como una de sus líneas estratégicas centrales para mejorar el valor y la eficacia de los programas, las prácticas y las políticas sobre drogas. La mayoría de los países europeos, aunque no todos, parecen haber implementado los EQUQS y las MQS; no hay datos disponibles para algunos países. La prevención es un área de la DDR que está implementando la QS en mayor medida. En esta

área, los EDPQS son los estándares más utilizados, mientras que en el área de tratamiento/rehabilitación social se han implementado estándares específicos (p. ej., las normas de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas o normas QS nacionales y específicas del sector). En el área de reducción de daños, los informantes clave indicaron que algunos países adoptan las MQS, pero vale la pena señalar que las QS se adoptan en menor medida en comparación con las áreas de prevención y tratamiento. Este hallazgo es coherente con la falta de datos de monitoreo fiables sobre la calidad de las intervenciones y la implementación de servicios, como ya se ha observado anteriormente en el área de reducción de daños (Larney et al., 2017; Petersen et al., 2013; Schaub et al., 2013). En respuesta a esto, ya se ha publicado una propuesta de varios indicadores potenciales (p. ej., jeringas/persona que se inyecta drogas/año) (Wiesing et al., 2017), pero todavía son necesarios estudios piloto sobre su viabilidad y aplicabilidad para monitorear los servicios de reducción de daños. Junto con las MQS, dichos indicadores pueden ser útiles para disuadir a los servicios de utilizar sus propias normas e indicadores.

Los mecanismos a través de los cuales se puede mejorar la implementación de las QS plantean varios desafíos, en particular para los profesionales de la salud. La mayoría de los informantes clave señaló que la no obligatoriedad –sino voluntariedad– de las QS en algunos países supone una barrera que puede comprometer la implementación de las QS en áreas de la DDR, algo también confirmado por otros autores (Ferri y Griffiths, 2021). La voluntariedad puede explicar la falta de información sobre varios países (p. ej., Suecia, Malta) y puede explicarse, a la vez, por la ausencia de sistemas de acreditación (una forma de garantía de calidad) que generalmente se implementa a nivel nacional. De forma similar, para muchos países, los informantes clave aportaron datos principalmente a nivel nacional, lo que sugiere que las QS pueden tener una escasa implementación o monitoreo a nivel local/regional. Hay algunos ejemplos de las QS como requisito previo para participar en programas financiados con fondos públicos (Ferri et al., 2018), un aspecto que también puede impulsar a las instituciones y los centros de tratamiento para el uso de sustancias a adoptar las QS.

Aparte de los sistemas de acreditación (es decir, las normas ISO), se pueden observar esfuerzos cada vez mayores para desarrollar herramientas de análisis de calidad de los servicios ofrecidos y garantizar la mejora continua basada en la evaluación de las prácticas existentes. La UNODC ha liderado una iniciativa en este ámbito (Busse et al., 2021) y se espera que todos los agentes –incluidos los participantes en la planificación, la financiación y el seguimiento– adopten los mecanismos adecuados para garantizar el cumplimiento de la implementación de las QS.

Otros aspectos que podrían comprometer la adopción de las QS se relacionan con el escaso reconocimiento de la importancia de la evaluación y la falta de una visión co-



mún basada en evidencia. El apoyo de los tomadores de decisiones y creadores de opiniones será fundamental para cambiar este escenario. En este sentido, los académicos desempeñan un papel importante, no solo en el avance del conocimiento sobre tratamiento e intervenciones basadas en evidencia, sino también en la promoción de la utilidad práctica de las QS (Fernandez Lynch et al., 2020). La evaluación se refiere a una recopilación sistemática de datos dentro de un servicio/programa específico, de modo que puedan utilizarse para mejorar los servicios existentes y tomar decisiones sobre las mejores prácticas. Un problema importante es el hecho de que la evaluación requiere algunas habilidades técnicas de las que suelen carecer los profesionales. En general, la evaluación y el monitoreo continuo se consideran complicados y requieren mucho tiempo. De hecho, se argumenta que la evaluación abarca las fases iniciales del desarrollo del programa, la evaluación del proceso y la evaluación del resultado (Rush, 2003). Esto último significa que la evaluación debe implementarse como una base consistente y continua para garantizar la eficiencia y la rentabilidad de los programas existentes (EMCDDA, 2017b, 2021b). Es importante que los presupuestos para la ejecución de prácticas de la DDR incluyan recursos monetarios para evaluación. Es entendible que la mayoría de los profesionales de la salud estén sujetos a una gran presión temporal y carga de trabajo. Por tanto, en la ausencia de una cultura de evaluación, lo que resulta en un insuficiente apoyo de la organización, no se espera que ocurra una evaluación de procesos o de resultados.

Los informantes clave indicaron que la aplicación obligatoria de las QS y la suficiencia de recursos (materiales, formación y recursos económicos) podrían acelerar la implementación de las QS, lo cual está respaldado en la literatura (Autrique et al., 2016; Campello et al., 2014). Es común que la falta de formación y educación se informen como desafíos para abogar por la implementación de las QS (Orte et al., 2020). El conocimiento también se relaciona con una «cultura de evaluación», lo que conlleva el reconocimiento de los esfuerzos continuos de monitoreo y evaluación en todas las áreas de trabajo. Por ejemplo, la encuesta de la Red Académica de Ciencia para la Prevención (SPAN, por sus siglas en inglés) realizada entre recursos humanos de prevención indicó que los bajos niveles de promoción de la prevención se deben, de hecho, a la formación, y que la escasez de fondos puede obstaculizar los sistemas de implementación efectivos (Ostaszewski et al., 2018). Varias iniciativas (Agwogie y Bryant, 2021; Henriques et al., 2019) centradas en aumentar el conocimiento y las habilidades de los recursos humanos en áreas de la DDR se han lanzado en programas universitarios y de educación continua, pero también están dirigidas a miembros de las fuerzas policiales y profesionales de la salud sobre una amplia variedad de temas (prevención, tratamiento e intervención temprana). Un ejemplo en Europa es el Cu-

rrículo Europeo de Prevención (EUPC), un curso de formación sobre prevención basada en evidencia desarrollado para personas que trabajan en este ámbito, pero también para aquellas personas involucradas en decisiones, opiniones y políticas de prevención en Europa. Este curso de formación se imparte en 5 medios días (en línea) o 2 días (presencial) y se centra en la ciencia de la prevención, modelos teóricos, epidemiología, diferentes ámbitos de prevención (escolar, laboral, familiar, ambiental) y los fundamentos de evaluación de los programas de prevención. La viabilidad de implementar una formación para profesionales en el campo del uso de sustancias ha sido evaluada previamente. Agwogie y Bryant (2021) han proporcionado evidencia sobre la viabilidad de implementar un curso de formación de seis días (basado en el Currículo Europeo de Prevención [EUPC]) para 202 profesionales en el área de prevención del uso de sustancias. Entre otras cosas, los autores observaron la adquisición de conocimiento en la ciencia de la prevención basada en evidencia, intervenciones en políticas, habilidades y autoeficacia para comunicarse con las partes interesadas. En conjunto, los resultados sugieren que se puede mejorar aún más la implementación de las QS en todas las áreas y países de la DDR si se involucran a todos los tomadores de decisiones y creadores de opiniones relevantes. Se espera que la realización de cursos de formación para formadores, similares al programa EUPC en las áreas de tratamiento y reducción de daños, contribuya a una mayor implementación de las QS.

Los resultados presentados deben interpretarse en un contexto de diversas limitaciones. En primer lugar, el proceso de selección de informantes clave no se llevó a cabo de manera aleatoria, dada la ausencia de una visión general de los expertos de la QS por país y área de DDR. Además, el tamaño muestral de los participantes en el estudio es demasiado pequeño para permitir la generalización de los resultados a nivel nacional o de la UE y, posiblemente, no se llegó a algunos informantes clave importantes, lo que contribuyó a una representación desigual entre países y áreas de DDR. Aunque el criterio para seleccionar a los participantes fue la capacidad de aportar una visión general de la implementación nacional de las QS, la muestra de informantes clave fue heterogénea en cuanto a las instituciones representadas (puntos de contacto nacionales del EMCDDA, ONG, otras instituciones nacionales relevantes en el campo, comunidad académica). Otra limitación en lo que se refiere a las conclusiones fue el hecho de que algunos de los informantes clave informaron sobre la implementación de las QS solo en los casos en que las QS habían sido adoptadas formalmente en su país, lo que en algunos casos resultó en información contradictoria de informantes clave del mismo país. En segundo lugar, los hallazgos se basan en opiniones de expertos, pero una revisión de la evidencia de la implementación de las QS por parte de evaluadores externos (p. ej., grados de evidencia para la implementación real de unas QS es-

pecíficas) puede haber proporcionado una valoración más precisa. Por último, el nivel de implementación de las QS no se pudo medir y los niveles de implementación para cada QS específica no se pueden determinar.

En conclusión, el Plan de acción de la UE sobre drogas 2021-2025 reconoce la relevancia de ofrecer servicios que tengan en cuenta las QS en la DDR. En este contexto, el proyecto FENIQS-UE recopiló datos importantes sobre la implementación de las QS a nivel europeo. Los hallazgos revelan que las QS no se adoptan de manera consistente en todas las áreas de DDR, ni se aplican ampliamente. Respecto de la implementación de las QS, los informantes clave en el área de prevención describieron escenarios mejores en comparación con las áreas de reducción de daños y tratamiento. Este hallazgo es preocupante, ya que sugiere que algunos servicios pueden desviarse de las prácticas basadas en evidencia. Varias barreras, como la falta de formación, la insuficiencia de recursos económicos insuficientes y la no obligatoriedad de implementación de las QS pueden comprometer la adopción de las QS. Este estudio identifica varios pasos para acelerar la implementación de las QS. Son necesarios más esfuerzos para abogar por la necesidad de implementar las QS. Las autoridades nacionales, especialmente a nivel local/regional, deben ser conscientes de la necesidad de exigir pruebas de implementación de las QS como requisito obligatorio para la financiación de proyectos. Para lograr este objetivo, es importante invertir en la formación de expertos locales; es decir, mejorar la educación y formación de los recursos humanos de la DDR y crear una cultura de evaluación continua. Otro paso importante para el futuro es aumentar la financiación para que se puedan firmar contratos a largo plazo para garantizar la sostenibilidad de la implementación de las QS.

## Reconocimientos

Los autores desean agradecer al EMCDDA por las consultas y apoyo en la difusión de la encuesta en línea, las redes de socios del proyecto (Instituto europeo de estudios en prevención [IREFREA]), Centros europeos de tratamiento para la adicción a las drogas (Euro-TC), Correlation-Red europea de reducción de daños (C-EHRN), Federación europea de sociedades de toxicomanías [EUFAS]), así como a todos los participantes por su participación y colaboración sincera en este estudio.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés.

## Ayudas económicas

El proyecto FENIQS-UE ha sido financiado por el Programa Justicia de la Unión Europea — Iniciativas de políticas

en la lucha contra las drogas. El contenido de este artículo representa únicamente los puntos de vista de los autores y es de su exclusiva responsabilidad. La Comisión Europea no se responsabiliza del uso que pueda hacerse de la información que contiene.

## Referencias

- Agwogie, M. O. y Bryant, N. (2021). Implementing and evaluating the UPC to promote capacity building among drug demand reduction practitioners in Nigeria: Lessons learned and future directions. *Adiktologie*, 21 (4), 219–228. <https://doi.org/10.35198/01-2021-004-0003>
- Autrique, M., Demarest, I., Goethals, I., De Maeyer, J., Ansseau, M. y Vanderplasschen, W. (2016). *Consensus building on minimal and ideal quality standards for prevention, treatment and harm reduction of substance use disorders (COMI-QS.BE)*. Ghent University. [https://belspo.be/belspo/organisation/Publ/pub\\_ostc/Drug/rDR66summ\\_en.pdf](https://belspo.be/belspo/organisation/Publ/pub_ostc/Drug/rDR66summ_en.pdf)
- Braun, V. y Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328–352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Burkhart, G. (2015). International standards in prevention: How to influence prevention systems by policy interventions? *International Journal of Prevention and Treatment of Substance Use Disorders*, 1(3–4), 18. <https://doi.org/10.4038/ijptsud.v1i3-4.7836>
- Busse, A., Kashino, W., Krupchanka, D. y Saenz, E. (2021). *Quality assurance in treatment for drug use disorders: Key quality standards for service appraisal*. [https://www.unodc.org/documents/QA\\_OCTOBER\\_2021.pdf](https://www.unodc.org/documents/QA_OCTOBER_2021.pdf)
- Campello, G., Sloboda, Z., Heikkil, H. y Brotherhood A. (2014). International standards on drug use prevention: The future of drug use prevention world-wide. *International Journal of Prevention and Treatment of Substance Use Disorders*, 1(2), 6. <https://doi.org/10.4038/ijptsud.v1i2.7687>
- Council of the European Union (2012). *EU Drugs Strategy 2013-2020*. Official Journal of the European Union. <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:402:0001:0010:en:PDF>
- Council of the European Union (2015). *Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013-2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union* (Document 11985/15). Council of the European Union. [https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/council-conclusions-implementation-eu-action-plan-drugs-2013-2016-regarding-minimum-quality-standards-drug-demand-reduction-european-union\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/council-conclusions-implementation-eu-action-plan-drugs-2013-2016-regarding-minimum-quality-standards-drug-demand-reduction-european-union_en)
- Council of the European Union (2020). *EU Drugs Strategy 2021-2025*. Council of the European Union. <https://www.consilium.europa.eu/media/49194/eu-drugs-strategy-booklet.pdf>

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2011a). *Guidelines for the treatment of drug dependence: A European perspective*. Publications Office of the European Union. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/treatment-guidelines\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/treatment-guidelines_en)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2011b). *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals*. Publications Office of the European Union. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards_en)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2012). *Guidelines for the evaluation of drug prevention: A manual for programme planners and evaluators, second edition*. Publication Office of the European Union. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention\\_update\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention_update_en)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe*. Publications Office of the European Union. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/therapeutic-communities\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/therapeutic-communities_en)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2017a). *Health and social responses to drug problems: A European guide*. Publications Office of the European Union. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/health-and-social-responses-to-drug-problems-a-european-guide\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/health-and-social-responses-to-drug-problems-a-european-guide_en)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2017b). *Evaluating drug policy: A seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations*. Publications Office of the European Union. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/evaluating-drug-policy\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/evaluating-drug-policy_en)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2019). *Country drug reports*. [https://www.emcdda.europa.eu/publications-seriestype/country-drug-report\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications-seriestype/country-drug-report_en)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2020). *Countries' Best practice workbooks* (internal documents).
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2021a). *Action framework for developing and implementing health and social responses to drug problems*. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/action-framework-for-developing-and-implementing-health-and-social-responses-to-drug-problems\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/action-framework-for-developing-and-implementing-health-and-social-responses-to-drug-problems_en)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2021b). *Implementing quality standards for drug services and systems: A six-step guide to support quality assurance*. Publications Office of the European Union. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/implementing-quality-standards-drug-services-and-systems-six-step-guide-support-quality-assurance\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/implementing-quality-standards-drug-services-and-systems-six-step-guide-support-quality-assurance_en)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2022). *Country overviews*. [www.emcdda.europa.eu/countries](http://www.emcdda.europa.eu/countries).
- Fernandez Lynch, H., Bateman-House, A. y Rivera, S. M. (2020). Academic advocacy: Opportunities to influence health and science policy under U.S. lobbying law. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 95(1), 44–51. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003037>
- Ferri, M. y Bo, A. (2012). *Drug demand reduction: global evidence for local action, drugs in focus briefings from the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Publications Office of the European Union. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/drugs-in-focus/best-practice\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/drugs-in-focus/best-practice_en)
- Ferri, M., Dias, S., Bo, A., Ballotta, D., Simon, R. y Carrá, G. (2018). Quality assurance in drug demand reduction in European countries: An overview. *Drugs (Abingdon, England)*, 25(2), 198–204. <https://doi.org/10.1080/09687637.2016.1236904>
- Ferri, M. y Griffiths, P. (2021). Good practice and quality standards. En N. el-Guebaly, G. Carrà, M. Galanter y A. Baldacchino (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment: International perspectives* (2nd ed.) (pp. 783-799). Springer.
- Henriques, S., Broughton, N., Teixeira, A., Burkhart, G. y Miovský, M. (2019). Building a framework based on European quality standards for prevention and e-learning to evaluate online training courses in prevention. *Adiktologie*, 19(3), 153–161. <https://doi.org/10.35198/01-2019-003-0004>
- Joffe, H. (2011). Thematic analysis. En D. Harper y A. R. Thompson (Eds.), *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: A guide for Students and Practitioners* (pp. 210–223). John Wiley & Sons, Ltd.
- Larney, S., Peacock, A., Leung, J., Colledge, S., Hickman, M., Vickerman, P., Grebely, J., Dumchev, K. V., Griffiths, P., Hines, L., Cunningham, E. B., Mattick, R. P., Lynskey, M., Marsden, J., Strang, J., y Degenhardt, L. (2017). Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: A systematic review. *The Lancet. Global Health*, 5(12), e1208–e1220. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(17\)30373-x](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30373-x)
- Orte, C., Coone, A., Amer, J., Gomila, M. A. y Pascual, B. (2020). Evidence-based practice and training needs in drug prevention: The interest and viability of the European prevention curriculum in prevention training in Spain. *Adiktologie*, 20(1-2), 37-46. <https://doi.org/10.35198/01-2020-001-0003>
- Ostaszewski, K., Ferić, M., Foxcroft, D. R., Košir, M., Kranželić, V., Mihić, J., Novak M., Pisarska A. y Talić, S. (2018). European prevention workforce competences and training needs: An exploratory study. *Adiktologie*, 18(1), 7–15.

- Petersen, Z., Myers, B., van Hout, M.-C., Plüddemann, A. y Parry, C. (2013). Availability of HIV prevention and treatment services for people who inject drugs: Findings from 21 countries. *Harm Reduction Journal*, 10(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-10-13>
- Rush, B. (2003). The evaluation of treatment services and systems for substance use disorders. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 25(3), 393–411. <https://doi.org/10.1590/s0101-81082003000300002>
- Schaub, M. P., Uchtenhagen, A. y EQUUS Expert Group. (2013). Building a European consensus on minimum quality standards for drug treatment, rehabilitation and harm reduction. *European Addiction Research*, 19(6), 314–324. <https://doi.org/10.1159/000350740>
- Uchtenhagen, A. y Schaub, M. (2011). *Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUUS: Final Report*. Zurich University, Research Institute for Public Health and Addiction. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/e83f98c2-4523-4e13-a5c0-caf25d12c6f1>
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) y World Health Organization (WHO). (2018). *International Standards on Drug Use Prevention, Second updated edition*. UNDOC/WHO. <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>
- Wiessing, L., EUBEST working group, Ferri, M., Běláčková, V., Carrieri, P., Friedman, S. R., Folch, C., Dolan, K., Galvin, B., Vickerman, P., Lazarus, J. V., Mravčík, V., Kretschmar, M., Sypsa, V., Sarasa-Renedo, A., Uusküla, A., Paraskevis, D., Mendão, L., Rossi, D., ... Griffiths, P. (2017). Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: A consensus study. *Harm Reduction Journal*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0141-6>
- World Health Organization (WHO) y United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2020). *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders, Revised edition incorporating results of field-testing*. World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331635>
- World Federation of Therapeutic Communities (n.d.). *Standards and Goals of Therapeutic Communities*. <http://wftc.org/wps/78-2/>