

FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN

REDUCCIÓN DE DAÑOS EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

MÓDULO 1

Fundamentos y Marco Conceptual de la Reducción de Daños

Módulo: 1 de 6

Autor: J.Cancio

Nivel: Especialización

Año: 2025

■ DESCRIPCIÓN DEL MÓDULO

Este primer módulo introduce al alumnado en los fundamentos conceptuales, filosóficos e históricos de la Reducción de Daños (RRDD). Se abordan los orígenes del paradigma, su evolución histórica, las premisas básicas que lo sustentan, sus pilares filosóficos y los objetivos que persiguen los Programas de Reducción de Daños (PRD). Todo ello desde una perspectiva de derechos humanos, salud pública y autodeterminación personal.

La metodología de la Reducción de Daños supone un cambio de paradigma respecto a los modelos anteriores: abandona la abstinencia como único objetivo válido y propone un enfoque escalonado, humanista y pragmático, que reconoce el consumo de sustancias como una realidad social compleja.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

OBJ. GENERAL

Proporcionar al alumnado los fundamentos conceptuales, filosóficos e históricos de la Reducción de Daños como metodología de intervención en el ámbito del consumo de sustancias psicoactivas, desde una perspectiva de derechos y autonomía personal.

**OBJ.
ESPECÍFICOS**

- Conocer el origen y la evolución histórica del paradigma de la Reducción de Daños.
- Comprender la diferencia conceptual entre riesgo y daño, y su implicación en la práctica profesional.
- Identificar las premisas básicas y los pilares filosóficos que sustentan la RRDD.
- Analizar críticamente los modelos anteriores a la RRDD y sus limitaciones.
- Relacionar la RRDD con el enfoque de derechos humanos y los principios de salud pública.
- Reconocer los objetivos primordiales de los Programas de Reducción de Daños (PRD) y sus principales estrategias de intervención.

SECCIÓN 1 · ¿QUÉ ES LA REDUCCIÓN DE DAÑOS?**1.1 Definición y alcance**

El término **Reducción de Daños (RRDD)** hace referencia al conjunto de políticas, programas y proyectos orientados a reducir los daños a la salud, sociales y económicos asociados con el uso de sustancias psicoactivas. Se trata de un enfoque basado en la evidencia científica y con demostrada costo-efectividad, que genera beneficios para el individuo, la comunidad y la sociedad en su conjunto.

La RRDD es, ante todo, un enfoque **pragmático y humanitario**, respetuoso con los principios de salud pública y de derechos humanos. Considera a toda la población —consume o no drogas— como destinataria de políticas de salud y se muestra contraria a cualquier proceso discriminatorio o de estigmatización por razón de consumo de sustancias, sean estas lícitas o ilícitas.

■ DEFINICIÓN OPERATIVA (OMS)

La Organización Mundial de la Salud establece que *"las intervenciones eficaces de salud pública deben tener un enfoque escalonado, jerárquico y pragmático"*. En este marco, la RRDD abandona los objetivos maximalistas de la abstinencia total como única meta válida y promueve propuestas con objetivos intermedios, graduales y pactados con la propia persona.

1.2 Distinción clave: riesgo y daño

Con frecuencia los conceptos *reducción de riesgos* y *reducción de daños* se utilizan como sinónimos. Sin embargo, existen diferencias importantes que el profesional debe interiorizar:

CONCEPTO	DEFINICIÓN	EJEMPLO
RIESGO	Posibilidad de que un evento no deseado ocurra. Es una probabilidad.	Compartir jeringuillas implica riesgo de transmisión de VIH.

DAÑO	El evento no deseado en sí mismo, o sus consecuencias concretas.	La infección por VIH como consecuencia de haber compartido material.
-------------	--	--

Desde la perspectiva de la RRDD, **el daño es el objetivo central**: no se trata de eliminar el riesgo —que forma parte de muchas dimensiones de la vida humana— sino de prevenir y reducir los daños concretos que el consumo puede generar. Importa también señalar que:

- No siempre existe una relación directa e inmediata entre la conducta de riesgo y el daño manifiesto; este puede aparecer mucho más tarde o mantenerse oculto.
- Una conducta de riesgo no genera daño de manera necesaria, aunque estadísticamente exista correlación.
- El riesgo y el daño pueden ser acumulativos en conductas continuas o discontinuas.

SECCIÓN 2 · CONTEXTO HISTÓRICO Y EVOLUCIÓN DEL PARADIGMA

2.1 Evolución histórica del abordaje del consumo de drogas

La manera en que las sociedades han conceptualizado y abordado el consumo de sustancias ha experimentado transformaciones sustanciales a lo largo de la historia contemporánea. Comprender esta evolución es imprescindible para entender por qué la Reducción de Daños supone un cambio de paradigma real y no una mera variación técnica.

PERÍODO	ENFOQUE DOMINANTE	CARACTERÍSTICA PRINCIPAL
Hasta años 80 siglo XX	Modelo moral-penal	El consumo es un problema moral. Políticas de penalización y 'guerra contra las drogas'.
Años 80 siglo XX	Modelo médico-sanitario	El consumo es una enfermedad. Los tratamientos se basan en la rehabilitación y el cese del consumo.
Finales años 80 (crisis VIH/SIDA)	Emergencia de la RRDD	La epidemia del SIDA entre usuarios de drogas inyectadas evidencia la necesidad de un nuevo enfoque.
Años 90 - actualidad	Consolidación RRDD	La abstinencia deja de ser condición y pasa a ser opción. Se priorizan objetivos intermedios y la reducción del daño.

2.2 El punto de inflexión: la crisis del VIH/SIDA

El término *reducción de daños* como programa de intervención específico no comienza a utilizarse hasta finales de los años 80 del siglo XX. El detonante fue la epidemia del VIH/SIDA entre los Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (UDVP).

La evidencia epidemiológica mostró una diferencia clara en la incidencia y prevalencia de la infección por VIH entre aquellos países y regiones que iniciaron programas de Reducción de Daños y aquellos cuyos objetivos permanecían orientados exclusivamente a la abstinencia. Se comprobó además que las iniciativas basadas en modelos anteriores no lograban uno de sus objetivos fundamentales: mantener a los UDVP en tratamiento y conseguir que abandonaran el consumo.

■ CAMBIO DE PARADIGMA: LO QUE ESTO IMPLICÓ

La emergencia de la RRDD no supuso únicamente un cambio de objetivos terapéuticos. Implicó una transformación profunda de la **filosofía subyacente**: un cambio en las creencias, las actitudes, los discursos y las prácticas profesionales. La abstinencia dejó de plantearse como condición previa a la intervención y pasó a ser una opción entre otras, respetando la decisión autónoma de cada persona.

SECCIÓN 3 · PREMISAS BÁSICAS DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

Los Programas de Reducción de Daños se sustentan sobre un conjunto de premisas básicas que constituyen su base filosófica y ética. Estas premisas, formuladas por Riley y O'Hare (2000), sintetizan el espíritu del paradigma:

PREMISA	IMPLICACIÓN PRÁCTICA
La persona tiene derecho a consumir drogas.	Los profesionales deben crear condiciones que reduzcan daños físicos, psicológicos y sociales.
El consumo de drogas en la sociedad es inevitable.	La sociedad no tiene derecho a reprimir el consumo; sí a minimizar sus consecuencias.
El daño es lo importante, no el consumo en sí mismo.	El objetivo no es eliminar el consumo sino reducir sus efectos negativos.
Las actividades terapéuticas son más eficaces si se centran en el daño.	No se busca modificar el carácter ni las actitudes; sí acompañar la reducción del daño.
No se rechaza la abstinencia como meta.	La abstinencia es una opción válida para quien la desee, nunca una imposición.

Los PRD son, más que un objetivo de tratamiento, **un acercamiento ético y pragmático** a la problemática social de las drogas, que hace hincapié en reducir las consecuencias negativas del uso de sustancias más que en promover la abstinencia. En ambos casos —reducción de daños o abstinencia— el consumo de drogas en cada persona concreta es aceptado como un hecho que

surge de su decisión particular. El objetivo será que dicho consumo tenga los mínimos efectos negativos posibles para la persona y para la sociedad.

SECCIÓN 4 · LOS CINCO PILARES FILOSÓFICOS DE LA RRDD

La práctica de la Reducción de Daños se sostiene sobre cinco pilares filosóficos que orientan tanto las políticas como la intervención directa con las personas:

1	PRAGMATISMO Acepta la realidad del consumo como hecho social presente. Actúa sobre lo posible, no sobre lo ideal.
2	HUMANISMO Coloca a la persona en el centro. Respeta su dignidad, su autonomía y su derecho a tomar decisiones informadas.
3	ENFOQUE DE DERECHOS El acceso a la salud, a la información y al acompañamiento son derechos, no privilegios condicionados a la abstinencia.
4	GRADUALISMO Los cambios se producen por etapas. Cualquier mejora, por pequeña que sea, tiene valor. No existe un único camino válido.
5	PARTICIPACIÓN ACTIVA La persona usuaria es agente activo de su propio proceso, no objeto pasivo de intervención.

SECCIÓN 5 · OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DE LOS PROGRAMAS DE RRDD

5.1 Objetivos primordiales

Distintos autores y organismos internacionales coinciden en señalar los siguientes objetivos fundamentales de los Programas de Reducción de Daños:

1	Eliminación o reducción del consumo de drogas inyectables. Prioridad sanitaria asociada a la vía de administración de mayor riesgo.
2	Reducción del riesgo de sobredosis y de enfermedades transmisibles. VIH, hepatitis B y C, endocarditis, tuberculosis e infecciones de transmisión sexual.

3	Disminución de la morbilidad y la mortalidad. Reducir las consecuencias letales del consumo mediante intervenciones accesibles y efectivas.
4	Reducción de conductas sexuales de riesgo. El consumo de sustancias puede estar asociado a prácticas sexuales que aumentan el riesgo de ITS.
5	Menor participación en actividades delictivas. Al reducir la presión del mercado negro y el estigma, se disminuyen los delitos asociados.
6	Mayor estabilidad familiar y acceso al empleo. La estabilidad en el consumo facilita la normalización de otras esferas vitales.

5.2 Principales estrategias de intervención

Las intervenciones propuestas en el marco de la Reducción de Daños son diversas y se adaptan al perfil, las necesidades y el contexto de cada persona. Entre las más consolidadas destacan:

◆ Programas de mantenimiento con opiáceos

Suministro de metadona y otros opiáceos sintéticos a personas adictas a la heroína, con el fin de evitar el consumo adulterado procedente del mercado ilegal y reducir el riesgo de contagio viral.

◆ Programas de intercambio de jeringuillas (PIJ)

Provisión de agujas y jeringuillas estériles a quienes consumen drogas por vía parenteral, previniendo la transmisión de enfermedades infecciosas.

◆ Salas de consumo supervisado / Áreas de tolerancia

Espacios habilitados donde los consumidores pueden obtener instrumental de inyección limpio, preservativos, información y atención sanitaria en condiciones de seguridad.

◆ Programas educativos de RRDD

Materiales y estrategias que informan sobre cómo reducir los riesgos asociados al uso recreativo de drogas. Inciden en el conocimiento exhaustivo de efectos, interacciones y vías de administración.

◆ Trabajo de calle y mediación comunitaria

Intervención directa con consumidores para informarles sobre las características de las sustancias que consumen, análisis químico de muestras y distribución de material informativo.

◆ Demanda de regulación controlada

Posicionamiento político que persigue la legalización controlada de ciertas sustancias —especialmente cannabis— para eliminar los problemas de criminalidad asociados a la oferta y la demanda.

SECCIÓN 6 · FUNDAMENTOS PARA EL ABORDAJE DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

La RRDD asume una serie de fundamentos que justifican y orientan su aplicación en la intervención con personas que presentan consumos problemáticos de drogas y/o alcohol:

1	El consumo de drogas es una realidad social presente No puede ignorarse ni aspirarse a su desaparición. Las políticas deben partir de esta realidad para ser eficaces.
2	Hay personas que no contactarán con servicios especializados Algunas personas no percibirán el consumo como un problema o, aun percibiéndolo, no estarán interesadas en abandonarlo. La RRDD llega donde otros modelos no alcanzan.
3	El consumo tiene dimensiones placenteras y beneficiosas para quien consume Las intervenciones no deben estar teñidas de sesgos morales. El respeto a la experiencia subjetiva de la persona es condición de eficacia.
4	El fenómeno del consumo es complejo y multicausal Intervienen la persona, el tipo de sustancia, la dosis, el patrón de consumo y el contexto ambiental y social. Las respuestas deben ser igualmente complejas y personalizadas.
5	Los daños son multidireccionales Pueden afectar a la propia persona, a su entorno próximo (familia, amistades, vecindad) o a la sociedad en general. Muchos de estos daños pueden evitarse sin eliminar el consumo.
6	El prohibicionismo genera sus propios daños Las respuestas de exclusión y castigo aíslan a las personas, las empujan al mercado no regulado y dificultan el acceso a la ayuda sanitaria y social, multiplicando los riesgos.

SECCIÓN 7 · REFLEXIONES CRÍTICAS Y DEBATES EN TORNO A LA RRDD

Una formación rigurosa en Reducción de Daños exige conocer también las críticas y los debates que rodean a esta metodología. No para rechazarlos, sino para responderlos con argumentos fundamentados y para incorporar sus enseñanzas en la práctica profesional:

♦ Los programas de mantenimiento con opiáceos sustituyen una adicción por otra.

Es una crítica recurrente. La respuesta desde la RRDD es que la sustitución por opiáceos médicamente controlados elimina el riesgo del mercado adulterado y permite la estabilización vital de la persona, que puede así trabajar otras dimensiones de su vida.

♦ **La información objetiva no es suficiente para reducir el consumo abusivo.**

Se reconoce que informar no basta. Por eso la RRDD combina información con acompañamiento, relación terapéutica de calidad y trabajo motivacional.

♦ **Las drogas legales causan más morbilidad que las ilegales.**

La disponibilidad social incrementa la probabilidad de consumo. Esta realidad refuerza la necesidad de políticas integrales que no discriminen por estatus legal de la sustancia.

♦ **Dilema ético: los tratamientos prolongados de mantenimiento carecen de marco legal claro.**

En la actualidad persisten vacíos normativos que dificultan la implementación de determinadas estrategias. Abordar estos dilemas forma parte del trabajo profesional en RRDD.

■ **NOTA PARA EL ALUMNADO**

El conocimiento de estos debates no debilita el enfoque de la RRDD: lo fortalece. Un profesional que conoce las críticas puede responderlas con mayor solidez y aplicar la metodología con mayor rigor ético y técnico. La RRDD no es una ideología cerrada: es un campo vivo, en construcción permanente, que se nutre del diálogo crítico y de la evidencia empírica.

SECCIÓN 8 · SÍNTESIS Y CONCEPTOS CLAVE DEL MÓDULO

A continuación se recogen los conceptos esenciales que el alumnado debe haber asimilado al finalizar este módulo:

Reducción de Daños (RRDD)	Conjunto de políticas, programas y prácticas que reducen los daños a la salud, sociales y económicos asociados al uso de sustancias psicoactivas, sin exigir la abstinencia como condición.
Riesgo vs. Daño	El riesgo es la probabilidad de que ocurra un evento no deseado; el daño es dicho evento materializado. La RRDD actúa sobre los daños concretos.
Paradigma	Marco conceptual y filosófico que orienta la práctica. La RRDD supone un cambio de paradigma respecto a los modelos moral-penal y médico-rehabilitador.
Autodeterminación	Derecho de la persona a tomar decisiones sobre su propio consumo. Principio irrenunciable de la RRDD.
Estigma	Proceso de desacreditación social asociado al consumo de drogas. La RRDD trabaja activamente contra la estigmatización.

Objetivos intermedios	Metas parciales y alcanzables que no exigen la abstinencia total. Son el núcleo operativo de los PRD.
PRD (Programas de Reducción de Daños)	Programas específicos que materializan los principios de la RRDD: PIJ, salas de consumo supervisado, programas de mantenimiento con opiáceos, etc.
Enfoque biopsicosocial	La persona consumidora se aborda en su totalidad: dimensión física, psicológica y social, así como el contexto en que se produce el consumo.

SECCIÓN 9 · ACTIVIDADES DE AUTOEVALUACIÓN

Las siguientes actividades tienen como objetivo consolidar los aprendizajes del módulo y promover la reflexión crítica sobre los contenidos trabajados:

ACTIVIDAD 1 · Reflexión individual

Define con tus propias palabras en qué se diferencia la Reducción de Daños del modelo médico-rehabilitador. ¿Cuál crees que es la diferencia más significativa para la práctica profesional diaria? Elabora un texto breve (15-20 líneas).

ACTIVIDAD 2 · Análisis de caso

Una persona usuaria de tu servicio lleva varios años consumiendo alcohol de manera problemática y declara expresamente que no desea dejar de beber. Desde la perspectiva de la RRDD: ¿cuál sería tu posicionamiento como profesional? ¿Qué objetivos intermedios podrías plantear? Identifica al menos tres.

ACTIVIDAD 3 · Debate grupal

En pequeños grupos, debatid la siguiente afirmación: *"Aplicar la Reducción de Daños equivale a tolerar o promover el consumo de drogas."* Preparad argumentos a favor y en contra para una puesta en común.

ACTIVIDAD 4 · Línea del tiempo comentada

Elabora una línea del tiempo con los hitos históricos más relevantes en la evolución del paradigma de la RRDD. Para cada hito, añade una reflexión breve sobre su impacto en la intervención social y sanitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND). (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Madrid.
- Harm Reduction International (HRI). (2020). *What is harm reduction?* Recuperado de <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>

- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change* (3.ª ed.). Guilford Press.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1948). *Constitución de la OMS*. Ginebra: OMS.
- Riley, D. y O'Hare, P. (2000). Harm reduction: History, definition, and practice. En J. Inciardi y L. Harrison (Eds.), *Harm reduction: National and international perspectives*. Sage Publications.
- Rollnick, S. y Miller, W. R. (1996). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325-334.
- Wolfe, D. y Csete, J. (s.f.). *Reducción de daños*. Open Society Foundations.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press.