

Unidades de Conductas Adictivas: un modelo pionero de integración sanitaria frente a las adicciones

Addictive Behaviors Units: a pioneering model of integrated healthcare for addiction

Bartolomé Pérez Gálvez

Director General de Salud Mental y Adicciones

Conselleria de Sanidad, Generalitat Valenciana, España

ORCID Bartolomé Pérez Gálvez: <https://orcid.org/0000-0001-8811-6937>

Recibido: 04/09/2025 · Aceptado: 10/12/2025

Cómo citar este artículo/citation: Pérez Gálvez, B. (2025). Unidades de Conductas Adictivas: un modelo pionero de integración sanitaria frente a las adicciones. *Revista Española de Drogodependencias*, 50(4), 23-24.

A finales del siglo XX, España vivió una crisis social y sanitaria marcada por el auge del consumo de heroína, alcohol, cocaína y el inicio del reconocimiento de las adicciones comportamentales. Frente a una realidad devastadora —incremento de la mortalidad, desestructuración social, y ausencia de respuesta institucional sólida—, en la Comunidad Valenciana surgió una innovación que marcaría un antes y un después en la atención a las drogodependencias en nuestro país: las Unidades de Conductas Adictivas (UCA).

En 1997, con la aprobación de la Ley 3/1997 y su desarrollo normativo posterior, la Generalitat Valenciana apostó por una transformación estructural: integrar la atención a las adicciones en el sistema público de salud.

Hasta entonces, el abordaje recaía, de manera casi exclusiva, en ONGs y entidades locales, generando una fragmentación asistencial que dejaba fuera a buena parte de la población afectada. La creación de las UCA respondió a una convicción clara: las adicciones son patologías que deben recibir el mismo tratamiento que cualquier otra enfermedad crónica, desde el ámbito público, con recursos estables y profesionales especializados.

Las UCA fueron diseñadas como dispositivos especializados insertos en la red sanitaria, con un enfoque ambulatorio, multidisciplinar y accesible. Este diseño no fue solo innovador por su integración funcional con la Atención Primaria, sino también por su modelo biopsicosocial de intervención, que per-

— Correspondencia:

Amparo Sánchez

Email: asanchez609@gmail.com



mitía abordar los trastornos adictivos desde una perspectiva global: médica, psicológica y social. En la práctica, esto se tradujo en la apertura de centros de atención directa, sin necesidad de derivación previa, donde el paciente con adicción era tratado con la misma dignidad, confidencialidad y rigor clínico que cualquier otro usuario del sistema sanitario.

El impacto fue inmediato. Solo un año después de su implantación, las cifras evidenciaban un cambio radical: aumento del 25% en los inicios de tratamiento por adicciones, un 45% más de nuevos pacientes atendidos y una migración masiva desde las ONG hacia los dispositivos públicos. El mensaje era claro: cuando el Estado se hace cargo, la ciudadanía responde. Las UCA no solo mejoraron la accesibilidad, también ayudaron a visibilizar a pacientes antes excluidos, contribuyendo a desestigmatizar la figura del drogodependiente y reforzando la percepción de que las adicciones deben ser tratadas como un problema de salud pública, no como una desviación social.

El modelo valenciano, único en su momento en España, sentó las bases para una estrategia sanitaria moderna en el abordaje de las adicciones. Otras comunidades empezaron a observar su evolución. En paralelo, el reconocimiento internacional no tardó en llegar y, en la actualidad, no cabe duda alguna de que el modelo UCA es considerado un referente para aquellos países que buscan integrar la atención a las adicciones en sus sistemas sanitarios.

Lejos de caer en el triunfalismo, es obligado reconocer que no todo son logros consolidados. Más de dos décadas después de su creación, las UCA enfrentan desafíos significativos. En primer lugar, el estancamiento de recursos. La falta de crecimiento proporcio-

nal a las nuevas demandas ha generado desequilibrios entre unidades, equipos incompletos y sobrecarga asistencial. Además, el perfil de los pacientes ha cambiado: hoy son más frecuentes las comorbilidades psiquiátricas, las adicciones comportamentales y el consumo temprano de cannabis, fenómenos que exigen una adaptación urgente del modelo.

El Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027 reconoce estas carencias y plantea una modernización de las UCA, apostando por su integración dentro de una estrategia de salud mental comunitaria más amplia. Las adicciones no pueden tratarse de forma aislada, especialmente cuando coexisten con trastornos mentales complejos. La coordinación real entre los servicios de salud mental y las UCA es una condición necesaria para ofrecer respuestas eficaces.

Transcurridos 28 años desde su creación, las UCA siguen siendo un ejemplo paradigmático de cómo una política pública bien diseñada puede transformar la atención sanitaria y social. Su éxito no reside solo en los números de pacientes atendidos, sino en el cambio de paradigma que promovieron: considerar las adicciones como enfermedades crónicas y complejas, merecedoras de atención profesional, gratuita y digna desde el sistema público.

El reto hoy no es solo conservar ese legado, sino ampliarlo y adaptarlo. Invertir en las UCA no es una cuestión técnica, sino una decisión política y ética. Frente a un fenómeno en constante evolución como las adicciones, necesitamos dispositivos ágiles, bien dotados y conectados con las necesidades reales de la población. Las UCA ya demostraron que esto es posible. Ahora, toca redoblar la apuesta.