

TESIS

Estrategias para la atención sociosanitaria

El caso de las drogodependencias en Navarra (1993-2009)



Doctorando: **D. Javier Arza**

Director: **Dr. D. José María Uribe**

TESIS

ESTRATEGIAS PARA LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

EL CASO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN NAVARRA (1993-2009)

AUTOR:

D. Javier Arza Porras

DIRECTOR:

Dr. D. José María Uribe Oyarbide.

Tesis presentada en la Universidad Pública de Navarra el 17-12-2013, ante un tribunal compuesto por el Dr. D. Oriol Romaní i Alfonso (Presidente), el Dr. D. Daniel La Parra Casado (Vocal) y el Dr. D. Domingo Comas Arnau (Secretario). La tesis fue calificada con **Sobresaliente *Cum Laude***.

*A mi madre Marutxi y mi hermano Mariano, siempre
presentes en mi recuerdo.
A Myriam y Tasio por su paciencia, apoyo y, por supuesto,
por estar en mi vida.*

AGRADECIMIENTOS.

Al equipo técnico del Plan Foral de Drogodependencias de Navarra, y en especial a Fermín Castiella (Director entre los años 1993 y 2011), Mariví Mateo, Jesús Domínguez, Abel Astrain y Concha Sancho.

A José Carrón por su apoyo en la evaluación del PFD.

A José Sarasate por su apoyo en la explotación estadística de las memorias del PFD.

A Alicia Izko y Beatriz Zugasti por su apoyo en la realización de las entrevistas.

A las diferentes personas que accedieron a ser entrevistadas y aportaron sus puntos de vista y experiencias.

A Myriam Gómez y José Carrón por su lectura crítica y aportaciones a los diferentes borradores de esta tesis.

A Isabel Jover, por permitirme utilizar su obra “*Outer space door*” como portada.

A mi Director de tesis, Txema Uribe, por su acompañamiento y enseñanzas.

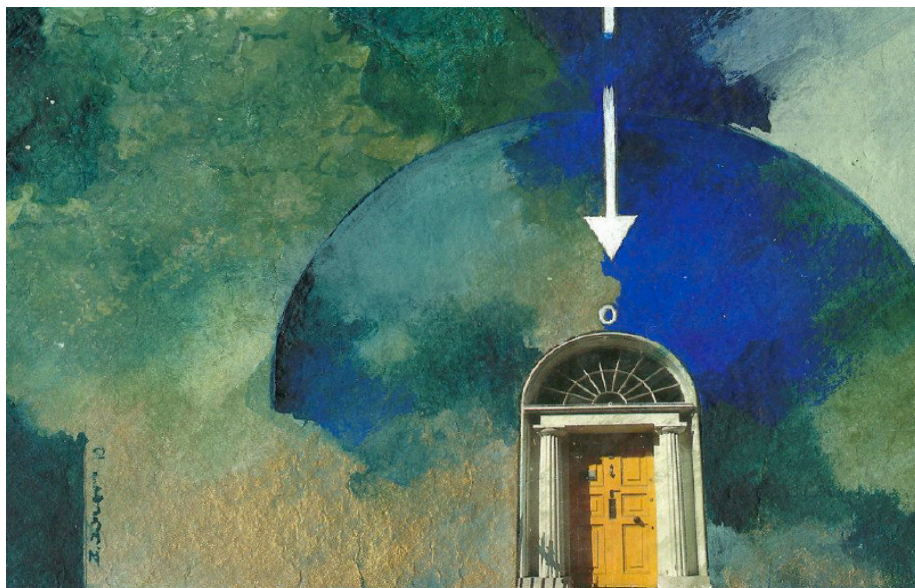
ÍNDICE.

1. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO.....	11
1.1. APROXIMACIÓN AL OBJETO DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.2. EL OBJETO DE ESTUDIO EN LA TRAYECTORIA PROFESIONAL DEL DOCTORANDO.....	16
1.3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	19
1.4. ESTRUCTURA DE LA TESIS.....	21
2. MARCO METODOLÓGICO.....	23
2.1. MODELO TEÓRICO Y DISEÑO METODOLÓGICO.....	25
2.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....	28
2.2.1. Revisión de la literatura científica.....	28
2.2.2. Explotación estadística a partir de fuentes secundarias.....	30
2.2.3. Entrevistas en profundidad semiestructuradas.....	32
2.3. TEMPORALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
3. LA EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS SOBRE DROGODEPENDENCIAS.....	37
3.1. LAS POLÍTICAS ANTE LAS DROGODEPENDENCIAS: UN SUBSISTEMA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	39
3.2. LA EVOLUCIÓN DE LOS CONSUMOS DE DROGAS Y DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN NAVARRA (1993-2009).....	43
3.2.1. El contexto de la evolución del consumo de drogas y de las drogodependencias en el Estado Español.....	43
3.2.2. Datos sobre consumo de drogas en la Comunidad Foral de Navarra.....	44
3.2.3. Otros indicadores indirectos sobre la evolución del fenómeno.....	55
3.2.3.1. Morbi-mortalidad relacionada con el consumo de drogas.....	56
3.2.3.2. Algunos aspectos relacionados con la oferta de drogas.....	59
3.2.4. Características de la población drogodependiente atendida en Navarra.....	63
3.2.4.1. Datos cuantitativos y características básicas.....	63
3.2.4.2. Análisis sobre la diversidad de la población atendida.....	70
3.2.5. Una realidad cada vez más heterogénea: a modo de síntesis y conclusión.....	76
3.3. LA EVOLUCIÓN DE LOS VALORES SOCIOCULTURALES.....	78
3.3.1. La sociedad navarra en el contexto de la redefinición de los valores de la sociedad española y europea.....	78
3.3.2. Valores socioculturales y evolución del fenómeno de las drogodependencias: de “problema social” a “asunto privado”.....	82
3.4. EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA LEGAL E INSTITUCIONAL.....	86
3.4.1. La estructura legal e institucional en el ámbito internacional y en Europa.....	86
3.4.2. La estructura legal e institucional en el Estado Español.....	89
3.4.3. La estructura legal e institucional en la Comunidad Foral de Navarra.....	101
3.4.4. El debilitamiento del subsistema de las políticas sobre drogas: a modo de síntesis y conclusión.....	107
3.5. LOS CAMBIOS EN LAS CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS.....	110
3.5.1. Cambios socioeconómicos en el Estado Español.....	111
3.5.2. Cambios socioeconómicos en la Comunidad Foral de Navarra.....	112
3.5.3. La crisis socioeconómica: una amenaza a los derechos que creíamos consolidados.....	121
3.6. LOS CAMBIOS EN LAS PERCEPCIONES DE LA OPINIÓN PÚBLICA EN TORNO AL CONSUMO DE DROGAS Y LAS DROGODEPENDENCIAS.....	123
3.6.1. Etapa previa a la construcción del “problema de las drogas”. Hasta principios de los años 80.....	124
3.6.2. La construcción del “problema de las drogas”. Los años 80 y principios de los 90.....	124

3.6.3.	La “década tranquila” (1995-2005).	127
3.6.4.	El momento actual.	129
3.6.5.	Del “heroinocentrismo” y la alarma social, a la invisibilización del “problema”: a modo de síntesis y conclusión.	131
3.7.	EL IMPACTO DE OTROS SUBSISTEMAS RELACIONADOS: LOS SUBSISTEMAS DE LAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS EN ESPAÑA Y EUROPA.	133
3.7.1.	El subsistema de las políticas sobre drogas en la Unión Europea.	133
3.7.2.	El subsistema de políticas sobre drogas en el Estado Español.	137
3.7.3.	Una red fundamentalmente específica y con un enfoque biopsicosocial, pero con limitaciones: a modo de síntesis y conclusión.	148
3.8.	LA DINÁMICA INTERNA DEL SUBSISTEMA DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS EN NAVARRA.	150
3.8.1.	El I Plan Foral de Drogodependencias de Navarra.	151
3.8.2.	Análisis documental.	152
3.8.2.1.	Programa de coordinación.	152
3.8.2.2.	Programa de asistencia.	155
3.8.3.	Análisis Cualitativo.	186
3.8.4.	Un subsistema con debilidades en la coordinación, el liderazgo y la integralidad de la atención: a modo de síntesis y conclusión.	211
3.9.	LA EVOLUCIÓN EN LOS SISTEMAS O MODELOS DE CREENCIAS RESPECTO A LAS DROGODEPENDENCIAS.	216
3.9.1.	Posicionamiento ante la etiología.	217
3.9.2.	Posicionamiento en torno al papel del Estado.	219
3.9.3.	Posicionamiento ético ante las drogas.	220
3.9.4.	Consideración de la persona adicta.	222
3.9.5.	La necesidad de un reforzamiento en las dimensiones cultural y ética del modelo biopsicosocial.	224
4.	LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA.	227
4.1.	COMPARTIMENTACIÓN INSTITUCIONAL Y FRAGMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN.	229
4.2.	APROXIMACIÓN CONCEPTUAL.	232
4.2.1.	El concepto de atención socio sanitaria.	233
4.2.2.	Continuidad en la atención: una característica esencial de la atención socio sanitaria.	237
4.3.	¿SE PUEDE DELIMITAR EL “ESPACIO” DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA?	240
4.4.	FACTORES POR LOS QUE SE HA INCREMENTADO LA VISIBILIZACIÓN DE LAS DEMANDAS Y NECESIDADES COMPLEJAS.	245
4.4.1.	Los cambios en los patrones de mortalidad y morbilidad.	245
4.4.2.	Las transformaciones en los apoyos familiares.	247
4.4.3.	La reactivación de los enfoques de atención centrados en la persona.	248
4.4.4.	Nuevo concepto de salud.	250
4.4.5.	Reconocimiento de nuevos derechos sociales:	252
4.5.	NIVELES DE INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL EN EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA.	254
4.6.	ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA.	258
4.6.1.	Nivel estructural o estratégico.	259
2.6.1.1.	Integración competencial.	259
1.6.1.2.	Descentralización o delegación competencial.	260
1.6.1.3.	Planificación intersectorial.	261
1.6.1.4.	Financiación.	263

4.6.2. Nivel organizativo	264
4.6.2.1. Zonificación sociosanitaria.....	264
4.6.2.2. Equipos interdisciplinarios.....	265
4.6.2.3. <i>Ventanilla única</i>	267
4.6.2.4. Estructuras de coordinación.....	268
4.6.2.5. Trabajo comunitario en red.....	269
4.6.2.6. Estandarización de los procesos de atención sociosanitaria.....	271
4.6.2.7. Instrumentos comunes de valoración, seguimiento y evaluación.....	272
4.6.2.8. Sistemas comunes de derivación.....	273
4.6.2.9. Sistemas de información, gestión y comunicación.....	273
4.6.2.10. Formación conjunta.....	274
4.6.3. Nivel de intervención.....	275
4.6.3.1. Gestión de casos.....	276
4.6.3.2. Acompañamiento social.....	284
4.6.3.3. Programas Asertivo Comunitarios.....	294
4.6.3.4. Apoyo entre iguales.....	306
4.6.3.5. Otras estrategias de proximidad.....	322
4.7. LAS POLÍTICAS DE DROGODEPENDENCIAS, UN MODELO PRECURSOR, PERO LIMITADO, DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA: a modo de síntesis y conclusión....	327
5. GOBERNANZA Y COMPETENCIA INTERCULTURAL: dos ejes fundamentales para el desarrollo de la atención sociosanitaria.....	331
5.1. Gobernanza.....	333
5.1.1. Origen del concepto Gobernanza.....	333
5.1.2. La maleabilidad del concepto Gobernanza.....	336
5.1.3. La definición de gobernanza.....	338
5.1.4. El cambio en los sistemas de gobernanza.....	339
5.1.5. Liderazgo en los sistemas de gobernanza.....	343
5.1.6. Participación social: un reto ético y pragmático de la gobernanza.....	345
5.1.7. Gestión de redes de gobernanza.....	350
5.1.8. Gestión relacional: herramientas o estrategias para la gobernanza.....	354
5.1.9. Algunos riesgos de la gobernanza.....	355
5.1.10. La gobernanza en las políticas de drogodependencias.....	358
5.2. Competencia intercultural.....	363
5.2.1. Concepto de cultura.....	364
5.2.2. Cultura y salud.....	366
5.2.3. Consumo de drogas, drogodependencia y cultura.....	370
5.2.4. Concepto de competencia intercultural.....	373
5.2.5. Competencia intercultural institucional.....	377
5.2.6. Competencia intercultural profesional.....	384
5.2.7. Perspectivas de futuro en las políticas sobre drogodependencias: ¿competencia intercultural o retorno a la cultura biomédica?.....	390
6. CONCLUSIONES.....	393
7. BIBLIOGRAFÍA.....	405
ANEXO 1.....	419
ANEXO 2.....	421
ANEXO 3.....	423

1. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO.



1.1. APROXIMACIÓN AL OBJETO DE INVESTIGACIÓN.

El objeto de estudio de esta tesis son las respuestas interdisciplinares, interinstitucionales e intersistemas, como medio para el abordaje integral de fenómenos complejos. La magnitud de este objeto de investigación me ha exigido tomar algunas decisiones metodológicas que lo hicieran abarcable:

- La opción por un diseño mixto, en el que se combinan técnicas cuantitativas y cualitativas, ya que facilita la aproximación a fenómenos complejos.
- La elección de un ámbito temático (la atención sociosanitaria y, más específicamente, las políticas sobre drogodependencias), aunque buscando que las conclusiones puedan ser posteriormente aplicables a otros fenómenos complejos.
- La elección de un ámbito geográfico (la Comunidad Foral de Navarra), aunque también en este caso buscando que las conclusiones puedan ser posteriormente aplicables a otras realidades territoriales.

En concreto, he optado por analizar el periodo completo de desarrollo del I Plan Foral de Drogodependencias de Navarra. Este Plan comenzó a ser aplicado en el año 1993 y, en el año 2009, el Parlamento instó al Gobierno de Navarra a elaborar un nuevo Plan¹.

El objeto de estudio elegido es relevante en el contexto actual de la investigación y la intervención en nuestra sociedad. El debate sobre cómo responder ante necesidades complejas, que exigen la intervención coordinada de varias instituciones, sistemas y niveles asistenciales, está muy presente en las reflexiones y propuestas realizadas desde diferentes ámbitos:

- La atención sociosanitaria, que precisamente surge ante la necesidad de evitar la compartimentación institucional y la fragmentación de la atención en casos donde se presentan de manera simultánea necesidades sociales y sanitarias múltiples y complejas. La atención sociosanitaria forma parte de los grandes debates que enmarcan las propuestas de reforma sanitaria y social en los últimos

¹ Sin embargo, el segundo Plan no ha sido aprobado hasta febrero del año 2013.

años. De hecho, en la literatura científica (especialmente en la vinculada con el ámbito sanitario) son abundantes los artículos referidos a esta materia, así como en la literatura institucional (planes, proyectos, estrategias, etc.).

- Las estrategias de intervención centradas en la persona, hacia las que se ha incrementado el interés durante los últimos años, como la vía más adecuada para lograr una intervención integral que garantice la continuidad de los cuidados. Una de estas estrategias, la gestión de casos, está presente habitualmente en las propuestas relacionadas con la atención sociosanitaria, mientras que otras como el acompañamiento social, los programas asertivo comunitarios o el apoyo entre iguales, no son mencionadas habitualmente en la literatura de este sector.
- Las políticas sobre drogodependencias, que, incluso antes de que se comenzase a hablar de atención sociosanitaria, ya apostaban por abordar las drogodependencias desde un enfoque que integrase lo biológico, lo psicológico y lo social (enfoque biopsicosocial). No obstante, y a pesar de esa teórica orientación interdisciplinar e intersectorial, en la literatura científica del sector se alude a algunas debilidades que ponen en cuestión su aplicación real: tendencia a la medicalización de la atención, dificultades en la coordinación interinstitucional e intersectorial, o riesgo de compartimentación de áreas e intervenciones. Sin embargo, y aunque esas debilidades son comunes a las que fundamentan el discurso sociosanitario, las drogodependencias apenas están presentes en el diseño y desarrollo de las políticas de atención sociosanitaria.
- La gobernanza, que es una manera de entender la acción de gobernar, que surge ante el incremento en la complejidad de nuestras sociedades, por lo que es necesaria la participación de cada vez más actores en la tarea de gobernar. Su presencia en el discurso político, así como en la literatura científica relacionada con las reformas institucionales, es muy relevante. Además, aporta elementos fundamentales para abordar la articulación interinstitucional e intersistemas: gestión de redes, participación, cambio organizacional, o liderazgo.

- La competencia intercultural, que también aborda la complejidad, pero en este caso la generada a partir de la diversidad cultural. Se trata de un concepto, impulsado fundamentalmente desde la antropología de la salud, que pretende mejorar la atención a personas con identidades culturales diferentes. La práctica totalidad de las investigaciones y propuestas realizadas se refieren a la relación de la población inmigrante, o de las minorías étnicas autóctonas, con los diferentes recursos institucionales. Sin embargo, hasta el momento el concepto apenas ha sido aplicado a la mejora de la atención a colectivos con expresiones identitarias no étnicas, como pueden ser las personas drogodependientes.

Como se puede observar, el objeto de investigación elegido exige una intensa labor de profundización en áreas de reflexión teórica, estratégica y metodológica muy diversas. Además, la dificultad de análisis se incrementa al tratarse de áreas habitualmente poco interconectadas. Sin embargo, el principal valor añadido de esta tesis reside precisamente en su esfuerzo por integrar perspectivas diversas para poder afrontar la complejidad. De hecho, sería del todo incoherente pretender analizar y responder a lo complejo a partir de un análisis simplista.

1.2. EL OBJETO DE ESTUDIO EN LA TRAYECTORIA PROFESIONAL DEL DOCTORANDO.

Como más adelante explicaré al presentar la metodología empleada, en todo estudio se desarrolla un proceso de interacción permanente entre el investigador, los datos que recoge, las fuentes que utiliza y las interpretaciones que realiza. Un proceso en el que la subjetividad del investigador, su experiencia, sus conocimientos, sus creencias, inciden permanentemente en la propia investigación. Por ello, conocer algunos elementos de la trayectoria del investigador permite entender y contextualizar los análisis y las conclusiones de la investigación misma. Éste y no otro es el objetivo de la exposición que haré a continuación sobre algunas experiencias vinculadas a la relación que he mantenido con el objeto de investigación a lo largo de mi trayectoria profesional.

Mi primer empleo como trabajador social, en el año 1989, fue en el movimiento asociativo de apoyo a personas drogodependientes de la Comunidad de Madrid (FERMAT). En ese puesto de trabajo pude participar en labores de apoyo a la creación de grupos de ayuda mutua de padres y madres de personas drogodependientes. Asimismo, y en colaboración con la Fundación CREFAT, participé activamente en procesos de prevención comunitaria en los que pude experimentar el trabajo en red y la promoción del asociacionismo.

Entre los años 1992 y 1999 trabajé como Coordinador de Programas en el Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID, actualmente Fundación Atenea), una ONG de ámbito estatal y con sede en Madrid. Mi presencia en esta entidad me permitió participar en experiencias pioneras, que siempre iban por delante de las tendencias habituales en cada momento. Así, cuando en la primera mitad de la década de los 90 la única preocupación parecía el logro de la abstinencia, desde el GID se apostaba por contemplar el VIH/SIDA y otras enfermedades dentro del abordaje de las drogodependencias. Asimismo, poco después la entidad comenzó a desarrollar algunos proyectos experimentales de reducción de daños y participación de las personas drogodependientes. Cuando en la segunda mitad de los 90 se asistía a un debate

dicotómico entre programas “libres de drogas” y programas de reducción de daños, el GID defendía la complementariedad entre ambos tipos de estrategias. Cuando en la segunda mitad de los 90 eran muy escasas las experiencias que contemplaran la intervención sobre drogodependencias en el medio penitenciario, desde el GID se comenzó a desarrollar un programa de tratamiento en los principales centros penitenciarios de la Comunidad de Madrid y Castilla-La Mancha.

Desde el año 2000, como consultor autónomo, he trabajado en programas formativos y de investigación con diferentes ONG,s del ámbito de las drogodependencias (FAD, Dianova, Askagintza, etc.) y colaborado activamente con el Plan Foral de Drogodependencias de Navarra. Desde esta posición he podido seguir atento a la evolución de las políticas sobre drogodependencias, tanto en Navarra como en el Estado Español.

En el año 2000 inicié una nueva línea de trabajo, que se mantiene hoy en día, en el ámbito del trabajo con la comunidad gitana. Mi relación con diferentes entidades del movimiento asociativo gitano (Gaz Kalo, FAGEX, UNGA, etc.), con la Fundación Secretariado Gitano y el Consejo Estatal del Pueblo Gitano, me han permitido desarrollar diferentes trabajos relacionados con la diversidad cultural: formación de personas gitanas en mediación intercultural, formación de profesionales sociales y sanitarios en intervención con la comunidad gitana, diseño de materiales didácticos adaptados culturalmente, etc. En este contexto de trabajo entré en contacto con el concepto de competencia intercultural, que es uno de los ejes propositivos de esta tesis. Asimismo, desde el año 2009 soy Coordinador Académico en un Título Propio de la UPNA sobre intervención social con la comunidad gitana, en el que la mayor parte del alumnado son profesionales gitanos y gitanas.

Entre los años 2008 y 2012 participé como “experto” en el Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano², y a partir del año 2013 en el Grupo de Acción Social, Igualdad de Trato, No Discriminación y Agenda Europea. Desde este órgano

² Órgano consultivo creado por el Gobierno de España en el año 2005. Está compuesto por representantes de las asociaciones gitanas y de los diferentes ministerios. Se estructura en torno a diferentes grupos temáticos. En cada uno de estos grupos son elegidas dos personas expertas que participan junto a los representantes asociativos y de los distintos ministerios. La función del Consejo es consultiva respecto a las políticas relacionadas con la comunidad gitana.

tengo la oportunidad de participar en procesos de planificación y seguimiento de planes estratégicos intersectoriales. Asimismo, el propio Consejo supone una estrategia dirigida a construir procesos de gobernanza participativa.

Finalmente, en los últimos años me he formado en contenidos relacionados con el desarrollo de las organizaciones: calidad, planificación estratégica, liderazgo, gestión de personas y equipos, responsabilidad social empresarial, etc. Asimismo, he participado y participo en procesos de asesoramiento sobre desarrollo organizacional a ONG,s y administraciones públicas.

En definitiva, puedo afirmar que mi relación con el objeto de investigación no se limita a la aproximación que he debido realizar para la elaboración de la tesis, sino que gran parte de los contenidos abordados forman parte de mi trayectoria personal y profesional. Esta circunstancia aporta indudables ventajas, ya que los conocimientos y experiencias del investigador son incorporados como fuente de información, pero también exige redoblar los esfuerzos de reflexividad para evitar fenómenos como el de la “ilusión de transparencia”, al que me referiré al describir el diseño metodológico de la investigación.

1.3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.

Cuatro son las hipótesis de investigación que me han servido de guía en la construcción de la presente tesis:

1. El modelo actual de política sobre drogodependencias en Navarra, y las prácticas asistenciales emanadas de él, no permiten ofrecer respuestas suficientemente integrales a las necesidades y demandas cada vez más complejas que se le presentan.
2. Esa realidad de falta de adecuación de las políticas sobre drogodependencias a las necesidades y demandas cada vez más complejas, es equivalente a la detectada en otros sectores (personas mayores, discapacidad, enfermedades crónicas, etc.) en torno a los habitualmente se articulan las reflexiones y propuestas sobre la atención sociosanitaria.
3. La adecuada atención a las personas con problemas relacionados con el uso de drogas, exige la puesta en marcha de procesos de atención sociosanitaria interdisciplinares, interinstitucionales e intersistemas.
4. El desarrollo de esos procesos de atención sociosanitaria exige la puesta en marcha de nuevas estrategias de gobernanza y de nuevas metodologías de coordinación (interprofesional e interinstitucional), pero también transformaciones en la cosmovisión profesional e institucional respecto a la salud y las drogodependencias, así como en su capacidad para interactuar con cosmovisiones diversas.

Para la investigación de esas cuatro hipótesis he planteado los siguientes objetivos:

- A. Analizar la evolución de las políticas sobre drogodependencias en Navarra (1993-2009), atendiendo a su relación con la evolución del fenómeno, con los cambios socioculturales y socioeconómicos en la Comunidad Foral y con las

transformaciones en las políticas sobre drogodependencias en el Estado Español y la Unión Europea.

- B. Analizar el discurso de los diferentes agentes en torno a la adaptación de las políticas a las necesidades y demandas complejas de la población drogodependiente en Navarra.
- C. Recopilar las distintas reflexiones y propuestas que en el debate sobre la atención sociosanitaria se realizan y analizar su aplicabilidad al caso de las políticas sobre drogodependencias.
- D. Concretar los criterios, relacionados con la gestión de casos y otras estrategias de intervención centradas en la persona, que puedan contribuir a la mejora de las políticas sobre drogodependencias.
- E. Concretar los criterios, relacionados con la gobernanza, que pueden contribuir a la mejora de las políticas sobre drogodependencias.
- F. Concretar los criterios, relacionados con la competencia intercultural, que puedan contribuir a la mejora de las políticas sobre drogodependencias.

1.4. ESTRUCTURA DE LA TESIS.

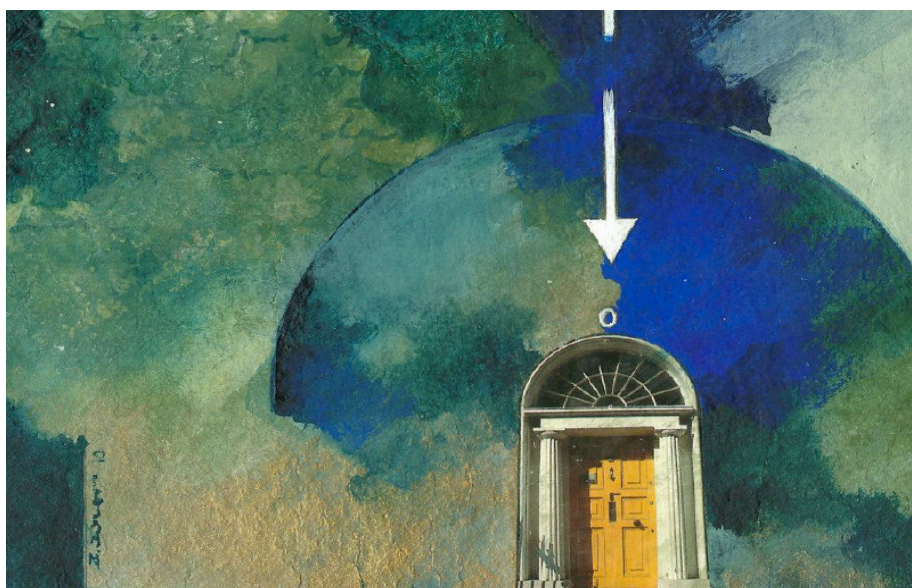
La presente tesis se estructura en tres partes fundamentales. En la primera (Capítulo 3) analizo las características, evolución, fortalezas y principales debilidades de las políticas sobre drogodependencias en Navarra, aunque tratando en todo momento de contextualizarlas en el marco de las políticas desarrolladas en el Estado Español y en la Unión Europea. Para la construcción de este capítulo he adoptado como modelo de análisis el propuesto por Sabatier (citado por Martín, 2011) para la observación de los subsistemas de políticas públicas. Según este modelo, que será presentado en el apartado 3.1., para comprender un subsistema de políticas como el de las drogodependencias, es necesario analizar un conjunto de parámetros que van más allá de la dinámica interna del subsistema: evolución en los valores socioculturales, cambios en las condiciones socioeconómicas, o cambios en los sistemas de creencias.

La segunda parte (capítulo 4) está dedicada a la atención sociosanitaria. Además de una revisión conceptual y de un análisis de los factores que han incrementado la relevancia actual de esta temática, en este capítulo profundizo en torno a los distintos niveles de estrategias que se deben poner en marcha para el desarrollo de la atención sociosanitaria. El análisis es especialmente detallado en el nivel de las estrategias de intervención, donde apuesto decididamente por aquellas que están centradas en la persona y basadas en la proximidad, ya que son las que permiten lograr una atención integral, integrada y de continuidad.

En la tercera parte (capítulo 5) se presentan la gobernanza y la competencia intercultural como dos ejes fundamentales para el desarrollo de la atención sociosanitaria en general y de las políticas de drogodependencias en particular. En el apartado sobre gobernanza, además de profundizar sobre este concepto, se desarrollan algunos de sus elementos clave, como son los procesos de cambio organizacional, el liderazgo, la gestión de redes o la participación. En cuanto a la competencia intercultural, es presentada como un modelo de trabajo que facilita la mejora en la atención a personas con identidades culturales diferentes. Aunque tradicionalmente es aplicado en la intervención con población inmigrante o de minorías étnicas autóctonas, el valor añadido de esta tesis reside en que se propone su aplicación a la mejora de la

atención a colectivos con expresiones identitarias no étnicas, como es el caso de las personas drogodependientes.

2. MARCO METODOLÓGICO.



2.1. **MODELO TEÓRICO Y DISEÑO METODOLÓGICO.**

En este apartado, además de definir el diseño metodológico, quiero reflejar el modelo teórico en el que se enmarca la investigación, ya que, como señalan Ball y Smith (citados por Valles, 1997), el “caballo teórico” tiene que ir siempre delante del “carro analítico”. En el caso de esta tesis, el modelo teórico al que se adscribe es el fenomenológico. Este modelo subraya la importancia de la intersubjetividad y propone analizar prioritariamente cómo los diferentes agentes implicados en el fenómeno investigado lo vivencian e interpretan. Asimismo, el modelo fenomenológico plantea un enfoque holístico que tiene en cuenta la multidimensionalidad de los fenómenos y la necesidad de alcanzar una comprensión integral de los fenómenos que se analicen.

El modelo fenomenológico, a diferencia del positivismo, no busca relatar o explicar “lo que ocurre”, sino que intenta comprender los fenómenos a través de la exploración de las interpretaciones que aportan los distintos agentes que contribuyen a construirlos. De esta manera, y siguiendo los planteamientos de Geertz (1987), se pretende evolucionar desde la “descripción superficial” de los fenómenos hacia una “descripción densa”, que tenga en cuenta las jerarquías estratificadas de estructuras significativas que determinan la percepción, la interpretación y la reproducción de “lo que ocurre”.

Asimismo, el modelo fenomenológico otorga gran relevancia a la subjetividad del propio investigador y al reconocimiento explícito de su influencia en la investigación. Aporta el concepto de reflexividad como una herramienta que permite gestionar estos elementos. La reflexividad *“desafía las ideas de objetividad y distanciamiento tan apreciadas en el paradigma positivista; expresa la conciencia del investigador, habla de su conexión con la situación de la investigación”* (De la Cuesta-Benjumea, 2011). Otros autores como Bourdieu hablan de la ilusión de transparencia, *“que se da sobre todo cuando el investigador está muy familiarizado con los datos y los escenarios que estudia, entablando una comprensión de la realidad apresurada y condicionada por su propia proyección subjetiva”* (Amézcuca, 2002). Cuatro han sido las herramientas que he utilizado para facilitar la reflexividad en la construcción de la presente tesis:

- La introspección, que me ha permitido dialogar con mi propia experiencia personal y trayectoria profesional ligada al objeto de estudio.
- La reflexión con mi director de tesis, que me ha abierto nuevas visiones y ha compensado determinadas inercias en las propuestas y conclusiones.
- El proceso secuencial, pero cíclico, en la construcción de la tesis, que me ha permitido ir añadiendo paulatinamente nuevas visiones y reflexiones al *puzzle*, pero siempre volviendo a las anteriores *piezas* para poder *recolocarlas*.
- La reflexión con otros y otras profesionales de mi entorno.

En cuanto al diseño metodológico, se podría decir que he optado por un enfoque marcadamente aplicado. Además, parece que es lo esperable teniendo en cuenta mi origen disciplinar (el Trabajo Social) y mi trayectoria profesional³. Sin embargo, esta afirmación es necesario matizarla a partir de algunas reflexiones que también están vinculadas con el modelo teórico. Refiriéndose fundamentalmente a la Antropología, aunque podría ser aplicable a otras disciplinas, Uribe (1999) subraya cómo habitualmente se instaura un debate dicotómico entre “pensar” o “hacer”, entre “conocer el mundo” o “conocer en el mundo”, entre “ver” o “hacer”. M. Freilich (citado por Uribe, 1999) reflejaba estas tensiones mostrando cuatro alternativas en la construcción de conocimiento: “la cultura monástica”, “los juegos lingüísticos”, “el conocimiento implicado” y “la sangría imaginativa”. Siguiendo en parte los planteamientos de Uribe (1999), defiende la tercera de las cuatro alternativas, ya que no hay otra opción para construir conocimiento que la implicación, que la construcción de ese conocimiento en la sociedad. En definitiva, y como una manera de romper esas visiones dicotómicas, defiende que “se piensa haciendo” y que “se hace pensando”, por lo que toda investigación es y debe ser aplicada –e implicada-. Por ello, en la presente tesis habrá espacio para mostrar y posicionarse ante determinados debates conceptuales, pero también para describir su procedimiento de aplicación a través de estrategias específicas; habrá espacio para reflejar de una manera detallada los programas que se están desarrollando, pero también para analizar sus potencialidades y debilidades a partir de determinados modelos teóricos.

³ Ver apartado 1.2.

En cuanto a las técnicas, y como ya he señalado anteriormente, el tipo de objeto de estudio me ha hecho optar por un diseño mixto. Este tipo de diseño, en el que se combinan técnicas cuantitativas y cualitativas, facilita la aproximación a fenómenos complejos como el analizado en esta tesis. No obstante, la variedad de técnicas utilizadas, de fuentes consultadas y de tipos de datos disponibles, exige una intensa labor de integración que permita recomponer una visión de conjunto.

2.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.

En este apartado voy a describir el tipo de técnicas empleadas en el marco del diseño mixto de investigación al que me he referido anteriormente. Tres han sido las técnicas seleccionadas: revisión de la literatura científica, explotación estadística a partir de fuentes secundarias y entrevistas en profundidad semiestructuradas.

2.2.1. Revisión de la literatura científica.

La revisión de la literatura científica requiere que la persona investigadora conozca la temática objeto de estudio, para poder seleccionar adecuadamente los textos y entender los contenidos en su contexto. Además, debe contar con habilidades para localizar la información más relevante, sintetizarla, relacionar los diferentes contenidos localizados e interpretarlos de acuerdo con el objeto de investigación y las hipótesis establecidas.

He desarrollado dos fases diferenciadas en la aplicación de la técnica de revisión de la literatura científica:

A. Selección de la literatura, donde he seguido los siguientes pasos:

- Definición del contexto de búsqueda. En cuanto al idioma, la documentación analizada ha sido mayoritariamente en castellano. En relación con los términos de búsqueda, describo a continuación los empleados: “políticas drogodependencias”, “atención sociosanitaria”, “coordinación sociosanitaria”, “espacio sociosanitario”, “gestión de casos”, “acompañamiento social”, “apoyo entre iguales”, “gobernanza”, “competencia cultural” y “competencia intercultural”. Tras la búsqueda inicial, fueron utilizados otros términos más específicos surgidos en el análisis de la documentación.

- Selección de fuentes de información:
 - Portales institucionales.
 - Base de datos de la biblioteca UPNA.
 - Base de datos dialnet.
 - Google académico.
 - Las referencias bibliográficas de los documentos analizados.

B. Análisis de la información.

He ido trabajando de manera secuencial el análisis documental referido a cada uno de los grandes apartados en los que se estructura la tesis: políticas sobre drogodependencias, atención sociosanitaria, gobernanza y competencia intercultural. En cada uno de los apartados he seguido el mismo proceso.

- Exportación de las referencias de documentos al gestor documental “*RefWork*”.
- Pre-análisis. Lectura previa de toda la documentación, tratando de extraer las categorías o ejes temáticos que podrían constituir la estructura del capítulo.
- Categorización. Una vez establecidas las categorías o ejes temáticos, se realiza una segunda lectura de la documentación. En ella se van seleccionando citas literales, pero también reflexiones inspiradas por el texto. Toda esta información es ordenada de acuerdo con las categorías establecidas.
- Análisis y redacción. Se redacta una primera versión del capítulo, procurando establecer un “diálogo” entre las reflexiones de los distintos autores-autoras, y entre éstas y las del investigador. Esta primera versión será modificada posteriormente al vincular sus contenidos con los del resto de capítulos de la investigación.

2.2.2. Explotación estadística a partir de fuentes secundarias.

Las técnicas cuantitativas de investigación son especialmente adecuadas para describir una realidad social, ya que aportan datos que nos permiten aproximarnos al conocimiento de su estructura, magnitud o evolución, así como compararla con otras realidades asociadas. Si las técnicas cuantitativas son complementadas con otras de tipo cualitativo, como es el caso de esta tesis, incrementan notablemente su capacidad explicativa.

En este caso, he utilizado la técnica de explotación estadística a partir de datos obtenidos de fuentes secundarias. La clave para que podamos lograr conclusiones de calidad a través de esta técnica, reside en el tipo de fuentes que utilicemos. Por ello, he optado fundamentalmente por la utilización de memorias institucionales y, en algunos casos, de datos extraídos de sistemas de información gestionados por administraciones públicas. Asimismo, he completado esta información con datos obtenidos de los principales estudios relacionados con el objeto de la investigación.

He desarrollado dos fases diferenciadas en la aplicación de la técnica de explotación estadística a partir de fuentes secundarias:

A. Diseño de la explotación estadística, donde he seguido los siguientes pasos:

- Definición de las variables de estudio:
 - Consumo de drogas en la población navarra, en comparación con la población de España.
 - Población navarra con problemas relacionados con el consumo de drogas, detectada por el sistema de salud y de servicios sociales.
 - Población navarra con problemas relacionados con el consumo de drogas, atendida por el sistema de salud y de servicios sociales.
 - Población atendida desde la red pública de atención a las drogodependencias de Navarra.

- Población atendida desde la red pública de atención a las drogodependencias de Navarra, diferenciando por tipo de programa y recurso.
- Características de la población navarra atendida desde la red pública de atención a las drogodependencias de Navarra: datos demográficos básicos y tipo de sustancia que motiva el tratamiento.
- Morbi-mortalidad relacionada con el uso de drogas en Navarra y/o España.
- La oferta de drogas en Navarra y/o España.
- Los recursos humanos y económicos del Plan Foral de Drogodependencias.
- Las condiciones socioeconómicas en Navarra.
- Los valores socioculturales en Navarra, España y Europa.
- Selección de fuentes de información:
 - Memorias del Plan Foral de Drogodependencias de Navarra
 - Sistema de información de los servicios sociales de Navarra (SIUSS).
 - Sistema de información del sistema de salud de Navarra (OMI).
 - Memorias del Plan Nacional sobre Drogas.
 - Memorias de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
 - Portales institucionales del Instituto Navarro de Estadística y del Instituto Nacional de Estadística.
 - Estudios de referencia relacionados con las variables definidas.

B. Análisis de la información, donde he seguido los siguientes pasos:

- Revisión de las memorias del Plan Foral de Drogodependencias correspondientes al periodo de análisis de la investigación (1993-2009)⁴.
- Diseño de una base de datos en *excel* de acuerdo con las variables definidas en la fase anterior.
- Exportación de los datos de las memorias a *excel*.
- Análisis de las tablas.

⁴ La revisión fue realizada en el segundo semestre del año 2009, por lo que únicamente se pudo contar con las memorias publicadas hasta el año 2008.

- Análisis complementario de otras fuentes secundarias: bases de datos SIUSS y OMI, estudios relacionados con las variables definidas en la fase anterior, memorias de otras instituciones y portales del Instituto Navarro de Estadística y del Instituto Nacional de Estadística.
- Redacción. Se redacta una primera versión del capítulo, que posteriormente será modificada al vincular sus contenidos con los del resto de capítulos de la investigación.

2.2.3. Entrevistas en profundidad semiestructuradas.

La entrevista semiestructurada es una técnica cualitativa que permite registrar el lenguaje natural de la población diana, es decir, la descripción de sus experiencias y opiniones a partir de sus propias palabras y connotaciones. En ese sentido, su principal valor reside en su capacidad para captar el sentido o el punto de vista que, sobre el objeto de investigación, tiene un conjunto de agentes considerados relevantes por el investigador o la investigadora.

En este tipo de entrevistas se persigue que el discurso fluya de manera libre y sin demasiadas codificaciones previas. No obstante, es importante que exista una buena definición previa del tema o foco de interés, así como un guión básico de la entrevista, que pueda ser manejado de manera flexible. Este guión debe ser aplicado a todas las personas entrevistadas, aunque también se pueden plantear algunas adaptaciones dependiendo de cada uno de los perfiles seleccionados.

En cuanto a la definición del número y tipo de las personas entrevistadas, en esta técnica no se persigue la representación estadística, sino la validez socio-estructural. De acuerdo con el objeto de investigación, se debe construir previamente una tipología que describa la diversidad de perfiles presente en el colectivo a investigar. El número de entrevistas estará determinado por dos criterios: que haya una representación equilibrada de los distintos perfiles presentes en la tipología; y que se cumpla el denominado por algunos autores (Valles, 2007) criterio de saturación o redundancia, es decir, el momento en el que se observa que la realización de más entrevistas no añade

más explicación, interpretación o descripción al análisis del fenómeno estudiado. El conjunto de la muestra no está especificado previamente, sino que siempre debe existir un margen para incorporar nuevas personas una vez iniciado el trabajo de campo. En ese sentido, el muestreo debe ser secuencial, ya que la entrevista a una persona te puede indicar la necesidad de entrevistar a otra similar o diferente.

He desarrollado tres fases diferenciadas en la aplicación de la técnica de entrevista en profundidad semiestructurada:

A. Diseño del trabajo de campo, donde he seguido los siguientes pasos:

- Definición de las variables de estudio:
 - Evolución en las características de la población drogodependiente en Navarra.
 - Evolución en las características de la población drogodependiente atendida por la red pública de tratamiento de Navarra.
 - Evolución de los programas y recursos para la atención a la población drogodependiente de Navarra.
 - Adaptación de los programas y recursos a la evolución de la población drogodependiente.
 - Necesidades de mejora en el Plan Foral de Drogodependencias de Navarra.
- Diseño del guión para las entrevistas, a partir de las variables de estudio definidas previamente⁵.
- Definición de la muestra⁶. Para el diseño de la muestra se contó con la colaboración del equipo del Plan Foral de Drogodependencias de Navarra.

B. Trabajo de campo, que ha tenido las siguientes características:

- El equipo de Plan Foral de Drogodependencias de Navarra colaboró en el establecimiento de los contactos con las personas seleccionadas.

⁵ Ver Anexo 1.

⁶ Ver Anexo 2.

- Fueron realizadas 23 entrevistas a profesionales vinculados con el desarrollo del Plan Foral de Drogodependencias de Navarra y 12 a personas usuarias de la red de tratamiento a drogodependientes de Navarra⁷.
- Cada una de las entrevistas tuvo una duración aproximada de una hora y media.
- Todas las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de las personas entrevistadas.
- Las entrevistas fueron realizadas mayoritariamente en los lugares de trabajo de las personas entrevistadas, salvo las realizadas a personas que habían estado o estaban en tratamiento, que lo fueron en los locales del Plan Foral de Drogodependencias⁸.

C. Análisis de la información:

Una vez realizada la transcripción de las entrevistas⁹, he desarrollado un proceso de análisis del contenido similar al empleado en el análisis de la literatura científica:

- Pre-análisis. Lectura previa de todas las transcripciones, tratando de extraer las categorías o ejes temáticos que podrían constituir la estructura del capítulo.
- Categorización. Una vez establecidas las categorías o ejes temáticos iniciales, se realizan sucesivas nuevas lecturas, a partir de las que se van modificando las categorías iniciales. En esta fase se van seleccionando citas literales y anotando líneas reflexivas inspiradas por el análisis de las entrevistas.
- Análisis y redacción. Se redacta una primera versión del capítulo, utilizando como estructura el sistema de categorías construido previamente. En la redacción se procura establecer un “diálogo” entre las reflexiones de las

⁷ Ver Anexo 2.

⁸ Salvo en el caso de las personas que estaban en tratamiento residencial, que lo fueron en el centro de tratamiento.

⁹ En el Anexo 3 he incorporado, a modo de ejemplo, las transcripciones de dos de las entrevistas realizadas (una a un profesional y otra a una persona en tratamiento).

distintas personas entrevistadas, y entre éstas y las del investigador. Esta primera versión será modificada posteriormente al vincular sus contenidos con los del resto de capítulos de la investigación.

2.3. TEMPORALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Describiré a continuación las fases de desarrollo del Plan de Trabajo con el que se ha construido la presente tesis:

A. Primera fase del análisis de las políticas sobre drogodependencias en Navarra.

En esta fase fueron utilizadas dos técnicas de investigación:

- Entrevistas en profundidad semiestructuradas.
- Explotación estadística de fuentes secundarias: fundamentalmente las memorias del Plan Foral de Drogodependencias de Navarra, aunque también se analizaron memorias de otras instituciones vinculadas.

Esta primera fase de análisis sirvió para realizar una primera descripción sobre el grado de cumplimiento del Plan durante su periodo de vigencia. Asimismo, se pudieron delimitar algunas de sus fortalezas y debilidades principales.

Las entrevistas y la explotación estadística fueron realizadas durante el segundo semestre del año 2009, en el marco de una evaluación del Plan realizada por el doctorando.

B. Segunda fase del análisis de las políticas sobre drogodependencias en Navarra.

En esta segunda fase fueron desarrolladas diferentes acciones que sirvieron para ampliar y profundizar en el análisis de las políticas sobre drogodependencias en Navarra:

- Revisión y ampliación en el análisis del discurso de las entrevistas.

- Revisión de la explotación estadística realizada en la primera fase y profundización en el análisis de las tablas resultantes.
- Ampliación en la revisión de fuentes estadísticas y de otras fuentes secundarias que permitieran abarcar las diferentes variables de análisis propuestas en el modelo de Sabatier (1988).

Esta fase concluyó en octubre de 2011 con la redacción de un primer capítulo sobre la evolución de las políticas sobre drogodependencias en Navarra.

C. Revisión de la literatura científica sobre atención sociosanitaria.

En esta fase se procedió a revisar la literatura científica relacionada con el objeto de investigación. El análisis fue realizado de manera consecutiva, siguiendo la siguiente temporalización:

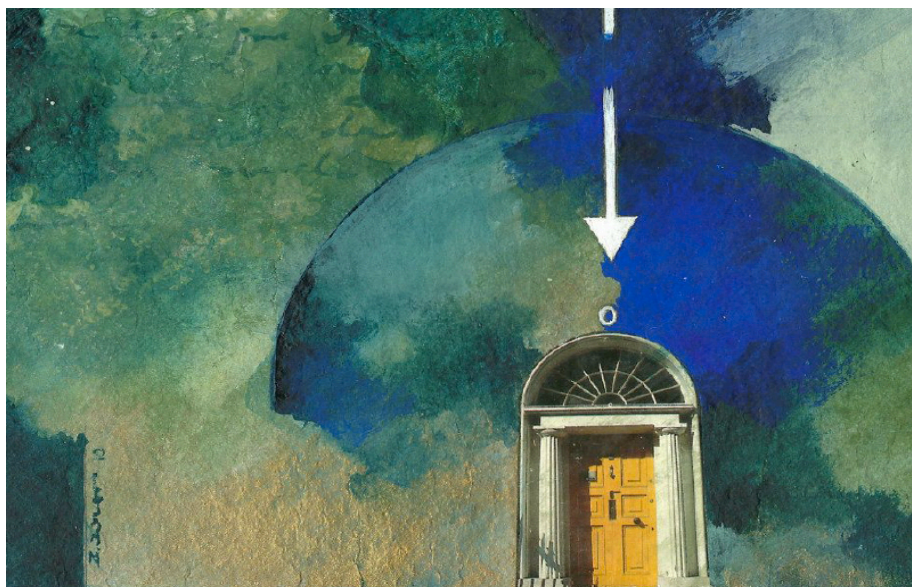
- Políticas sobre drogodependencias. Hasta enero de 2012.
- Atención sociosanitaria. Hasta julio de 2012.
- Gobernanza. Hasta noviembre de 2012.
- Competencia intercultural. Hasta marzo de 2013.

Cada uno de los periodos señalados concluyó con la redacción de un primer borrador del capítulo respectivo. Asimismo, se procedía a revisar los capítulos precedentes, incorporando modificaciones y ampliaciones que permitieran ir conectando los diferentes apartados de la tesis.

D. Elaboración de las conclusiones y redacción final.

En esta fase final se realizaron sucesivas lecturas del documento completo para reforzar la conexión entre los diferentes apartados e ir extrayendo las ideas que conformarían las conclusiones de la tesis. Asimismo, se incorporaron las pertinentes correcciones de estilo y formato. Finalmente se redactó el capítulo de conclusiones.

3. LA EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS SOBRE DROGODEPENDENCIAS.



3.1. LAS POLÍTICAS ANTE LAS DROGODEPENDENCIAS: UN SUBSISTEMA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

El sistema moderno de consumo de drogas constituye un fenómeno global que trasciende fronteras. Como señala Domingo Comas (2005), *“en menos de un siglo, todas las sociedades y culturas, todas las organizaciones políticas y sociales, se han visto alcanzadas por la oleada de las adicciones. Un movimiento imparable, constituido por la acumulación de algunas tradiciones locales y reforzado por los avances farmacológicos, cuya rabiosa y absoluta novedad quizá explique su rápida e intensa expansión, conformando uno de los más intensos procesos de globalización que ha conocido el siglo XX”*. Este mismo autor continúa afirmando que, entre 1960 y 1980, *“las drogas produjeron una unificación cultural, con pocos precedentes, en todo el ámbito planetario. Las drogas ilegales conformaron así un primer paradigma cultural transversal y uniforme, al que han seguido otros fenómenos globales posteriores...”* (Comas, 2005).

De manera paralela a la extensión de este fenómeno global del consumo de drogas, pero principalmente de la mano de la preocupación y alarma social generada por el mismo, se han ido construyendo toda una serie de respuestas institucionales que asimismo tienen un marcado carácter global. De hecho, también se podría afirmar que las políticas sobre drogodependencias han constituido un ejemplo temprano en la reflexión y la puesta en marcha de nuevas respuestas de gobernanza ante necesidades sociales complejas: políticas coordinadas entre varios países, planificación de políticas entre varios sistemas o implicación de agentes sociales en la planificación y desarrollo de las políticas.

Si las primeras respuestas ante las drogodependencias surgieron durante los años 60 en Estados Unidos y algunos países europeos, en el Estado Español no será hasta bien entrada la década de los 70 cuando se pongan en marcha algunas iniciativas mínimamente estructuradas. Nos encontramos entonces con un fenómeno, el de las políticas públicas ante las drogodependencias, con poco más de 30 años de trayectoria en España y algo menos de 50 años a nivel mundial. A pesar de ello, durante este periodo han alcanzado un notable grado de complejidad y consolidación. De hecho, en esta tesis se afirma que las políticas ante las drogodependencias se han constituido en un

“subsistema de las políticas públicas”¹⁰. Según este concepto, aportado por Sabatier (1988) en el marco de su modelo de las coaliciones promotoras, *“el origen de un subsistema de políticas se vincula con la existencia de un grupo de actores que pasan a estar insatisfechos con el trato dado a determinado problema, o cuando los actores interesados en determinado aspecto de un subsistema existente crecen en número y en especialización, y acaban constituyendo un subsistema nuevo”* (Sabatier, citado por Martínón, 2011). Por el carácter multidimensional del modelo aportado por este autor para comprender los subsistemas de políticas públicas, lo adoptaré para analizar el caso de las políticas sobre drogodependencias en Navarra.

A continuación paso a describir las principales características del modelo de comprensión propuesto por Sabatier. Según este autor, los criterios necesarios y suficientes para la existencia de un subsistema de políticas públicas maduro son los siguientes:

1. Haber existido durante una década o más.
2. Los integrantes del subsistema se perciben a sí mismos como una comunidad semiautónoma que comparte un dominio de pericia.
3. Buscan influir en la política pública.
4. Dentro de los diferentes niveles de la Administración Pública hay unidades especializadas en el tema tratado por el subsistema.
5. Hay grupos de interés, o subunidades especializadas dentro de los grupos de interés, que contemplan el tema como una cuestión principal de su actividad (ONG,s, partidos políticos, investigadores, periodistas, etc.).

Como iremos viendo a lo largo de esta tesis, las políticas ante las drogodependencias cumplen todos esos criterios y podemos considerarlas por lo tanto un subsistema de las políticas públicas. Pero ¿qué variables es necesario observar para analizar los procesos de evolución y cambio en un subsistema de políticas públicas?.

¹⁰ Esta misma idea fue sostenida por Ruth Martínón Quintero en su tesis titulada “Las políticas de drogas en España (1982-1996) a través del marco de las coaliciones promotoras. Un estudio del cambio en las políticas públicas”, defendida en la Universidad Carlos III de Madrid en el año 2006.

Según Sabatier (citado por Martínón, 2011) es preciso observar tres conjuntos de variables:

1. Los parámetros, relativamente estables, que conforman el marco del subsistema de las políticas institucionales. Especialmente los siguientes: las características y evolución en el objeto del subsistema (en este caso, los consumos de drogas y las drogodependencias), los valores socioculturales y la estructura legal e institucional.
2. Los sucesos dinámicos externos al subsistema, que condicionan tanto su marco como su dinámica interna. Especialmente los siguientes: los cambios en las condiciones socioeconómicas, los cambios en la opinión pública y las decisiones e impactos de las políticas de otros subsistemas.
3. La propia dinámica interna del subsistema.

Por último, se debe añadir una cuarta variable explicativa resaltada especialmente por este autor: la evolución en las ideas o creencias de los integrantes del subsistema. En esa misma línea, Majone (1989) considera que los cambios en las creencias pueden jugar un papel tan importante en la evolución de las políticas públicas como los aspectos económicos o políticos.

Por tanto, para poder analizar la evolución y los cambios en el subsistema de las políticas sobre drogas en Navarra, y siguiendo el modelo propuesto por Sabatier, haré referencia al impacto de los principales componentes de esas cuatro variables. Por razones didácticas, he adoptado la siguiente estructura de análisis:

- La evolución de los consumos de drogas y de las drogodependencias.
- La evolución de los valores socioculturales.
- La evolución de las estructuras legales e institucionales ligadas a las políticas sobre drogas.
- Los cambios en las condiciones socio-económicas.
- Los cambios en las percepciones de la opinión pública en torno al consumo de drogas y las drogodependencias.
- El impacto de otros subsistemas relacionados: el subsistema de las políticas sobre drogas en España y Europa.

- La dinámica interna del propio subsistema.
- La evolución en los sistemas o modelos de creencias respecto a las drogodependencias.

Por las características del sistema de gobernanza construido¹¹, y por la globalización que caracteriza a nuestra sociedad, para poder analizar los elementos referidos en el párrafo anterior, deberé referirme previamente a su situación y evolución en el Estado Español y, en la mayor parte de los casos, en la Unión Europea.

¹¹ Un sistema en el que, como veremos en siguientes apartados, las políticas locales, estatales y europeas se encuentran estrechamente conectadas.

3.2. LA EVOLUCIÓN DE LOS CONSUMOS DE DROGAS Y DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN NAVARRA (1993-2009).

He estructurado este apartado en tres grandes bloques. En el primero ofrezco información sobre los estudios disponibles que analizan la prevalencia del consumo de drogas en Navarra a través de encuestas sobre consumo declarado. En el segundo utilizo otras fuentes indirectas para analizar la evolución del fenómeno en Navarra: morbimortalidad, datos sobre venta de tabaco y alcohol, datos sobre incautaciones de drogas ilegales, etc. Finalmente, en el tercer apartado ofrezco información cuantitativa y cualitativa sobre la población drogodependiente atendida en la red de recursos navarra.

Como ya ha sido referido en el apartado sobre metodología, el análisis se circunscribe fundamentalmente al periodo de vigencia del Plan Foral de Drogodependencias (1993-2009). La base del trabajo de campo, consistente en la realización de entrevistas y el análisis documental (memorias y estudios, fundamentalmente) fue realizada durante el segundo semestre del año 2009, por lo que se contó con los datos de estudios y memorias disponibles en ese momento. Sin embargo, he incorporado un primer apartado en el que enmarco este periodo en un análisis temporal más amplio respecto a la evolución en los consumos de drogas y las drogodependencias. Asimismo, y aunque he situado el foco principal de análisis en Navarra, la comparación con el contexto del Estado Español, e incluso de Europa, está presente en todo momento.

3.2.1. El contexto de la evolución del consumo de drogas y de las drogodependencias en el Estado Español.

En el análisis de la reciente evolución del consumo de drogas y las drogodependencias en nuestra sociedad se suelen distinguir cuatro etapas. Se identifica una primera etapa, hasta mediados de los años setenta (Pascual, 2002), que se corresponde con una sociedad tradicional en la que no existe preocupación social respecto al consumo de drogas, pero en la que sí existe un amplio consumo de alcohol y tabaco (aunque concentrado en la población masculina adulta) y un localizado consumo de drogas ilegales realizado por minorías relativamente bien identificadas. La segunda

etapa (1975-1985) (Pascual, 2002) marca la introducción paulatina en el uso de drogas alejadas de la cultura tradicional (principalmente cannabis, anfetaminas y heroína). Ya en la Encuesta de Juventud del año 1975 se recogía que un 16% de las personas encuestadas reconocía que le habían ofrecido alguna droga ilegal. No obstante, también se incrementan los consumos de alcohol y se produce la incorporación de una generación de mujeres jóvenes al tabaquismo. En la tercera etapa (1985-1995) (Pascual, 2002) se hace especialmente visible lo que algunos autores, como Gamella (1997), han denominado “la epidemia de la heroína”, que ya se había iniciado en la anterior etapa. Se trató de un ciclo de consumo problemático que afectó *“principalmente a miembros de una generación de jóvenes nacidos entre 1956 y 1970, sobre todo a los varones...”* (Gamella, 1997) y que generó una intensa alarma social por su vinculación con la delincuencia y, posteriormente, con el SIDA. Finalmente, la cuarta etapa (a partir del año 1995) coincide con *“la integración en los ritmos económicos, sociales y culturales europeos, que implica una normalización social y una estabilización en los consumos”* (Comas, 2005). Como señala Inciardi (citado por Comas, 2005), *“la segunda mitad de los 90 muestra, en todo el mundo desarrollado y no sólo en España, la emergencia de una segunda epidemia de drogas, tan intensa como la primera de los años 70, pero despojada de la alarma social que generó la primera, gracias a un mejor control institucional y, hasta ahora, a menores índices de delincuencia”*. En las siguientes páginas me referiré a las características y evolución de esta etapa en la Comunidad Foral de Navarra.

3.2.2. Datos sobre consumo de drogas en la Comunidad Foral de Navarra.

Para conocer los parámetros del consumo de drogas en la Comunidad Foral disponemos básicamente de dos fuentes de información: encuesta EDADES del Plan Nacional sobre Drogas y serie de encuestas de juventud de Navarra. No obstante, la mayor parte de la información que se ofrece a continuación procede de la segunda fuente, puesto que se trata de un estudio específico de Navarra, que ha utilizado una muestra de mayor tamaño y ofrece una explotación de los datos más compleja. La referencia de las dos fuentes de información mencionadas es la siguiente:

- Algunos datos desagregados a nivel autonómico procedentes de la encuesta domiciliaria (EDADES) que, con periodicidad bienal, lleva a cabo el Plan Nacional sobre Drogas entre la población de 15 a 64 años¹².
- La serie de encuestas de juventud (población 14-29 años) que la Fundación Bartolomé de Carranza llevó a cabo entre los años 1986 y 2002, que enlaza en su metodología con la encuesta sobre salud y juventud desarrollada por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra en el año 2007¹³.

Del análisis de los datos obtenidos a través de estas encuestas podemos concluir que la evolución del consumo de drogas en Navarra comparte muchísimos elementos con lo acontecido durante el mismo periodo en el Estado Español y la Unión Europea. Señalaré a continuación cuáles son esos elementos comunes que conforman el actual modelo de consumo de drogas:

- El consumo de tabaco y alcohol sigue siendo el principal problema de morbi-mortalidad relacionado con el uso de drogas.
- Hasta el año 2002 se produce un crecimiento sostenido en el porcentaje de personas que declaran haber consumido alguna droga ilegal, mientras que las encuestas realizadas en la segunda mitad de esta década marcan una reducción.
- Aunque el consumo simultáneo de varias drogas siempre ha existido, el patrón de policonsumo incrementa su presencia.
- Relación cada vez más estrecha entre el consumo de drogas y los espacios y los tiempos de ocio. Este nuevo modelo de consumo, que es compatibilizado con unos estilos de vida muy integrados, es denominado “consumo recreativo” en la terminología del sector.
- Especialmente en el caso del consumo de alcohol, se extiende un modelo de consumo episódico pero intenso, que desde el mundo anglosajón es denominado “*binge drinking*”, y que en algunos textos está siendo traducido como “atracción”.

¹² Consultadas en la página web del Plan Nacional sobre Drogas.
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>

¹³ No publicadas. Facilitadas por el Plan Foral de Drogodependencias de Navarra y consultadas en mimeo.

- Incorporación de las mujeres a los nuevos modelos de consumo, especialmente en el caso del tabaco y el alcohol.

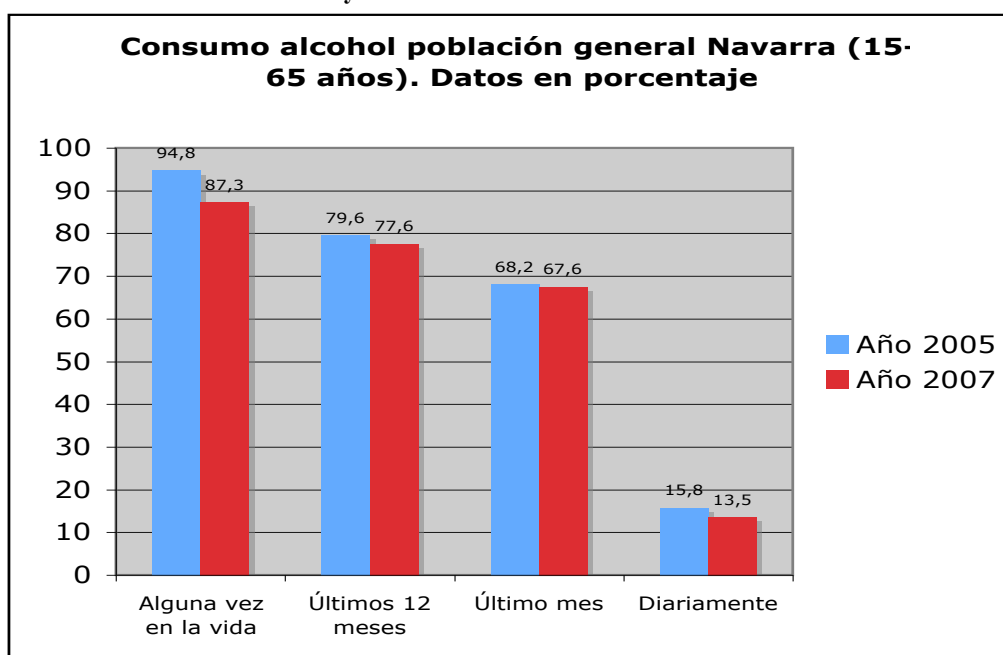
Seguidamente realizo un análisis más pormenorizado y diferenciado por sustancias. En todos los casos, cuando me refiero a la población general, se trata de datos obtenidos a través de la encuesta EDADES, mientras que los datos referidos a población joven proceden de la serie de encuestas de juventud. Los tramos de edad contemplados en cada una de estas encuestas son muy diferentes (15-65 años la primera y 14-29 años la segunda), así como sus metodologías, por lo que los datos no son directamente comparables, pero sirven para reafirmar las conclusiones, ya que las tendencias que reflejan son muy similares.

- **Alcohol.**

Consumo de bebidas alcohólicas en la población general (15-65 años).

En el conjunto de la población navarra el porcentaje de personas que han probado alguna vez en su vida el alcohol ha descendido en 7 puntos entre 2005 y 2007 hasta situarse en un 87,3%, una evolución similar a la ocurrida en el resto del Estado. Dos tercios de la población habían consumido alcohol en el último mes (frente al 60% estatal), porcentaje que desciende pero muy ligeramente desde un 71,3% en 1999 y que sitúa a Navarra entre las comunidades autónomas con un mayor consumo regular. Más aún, un 13,5% había consumido alcohol diariamente durante el último mes, cifra que también supera significativamente al 10,2% del conjunto del país.

Gráfico 1. Porcentaje de población (15-65 años) consumidora de alcohol según la frecuencia de su consumo. Navarra. Años 2005 y 2007.



Fuente: Encuesta Edades. Delegación del Gobierno para el PNSD 2005-2007.

Consumo de bebidas alcohólicas en la población joven (14-29 años).

Prácticamente 9 de cada 10 jóvenes de Navarra afirman haber probado bebidas alcohólicas alguna vez en su vida y el 72,2% en el último mes. Algo más de la mitad señala mantener un consumo regular.

La edad media en la que dicen haber probado el alcohol por primera vez se sitúa en los 14,8 años, siendo ligeramente inferior en el caso de los varones.

La gran mayoría (9 de cada 10 entre quienes dicen beber) vinculan su consumo de alcohol con el fin de semana. Es precisamente en ese espacio donde se detecta un mayor porcentaje de personas con un consumo de riesgo¹⁴: 10,5%.

Algo más de un tercio de los y las jóvenes declaran haber tenido en el último mes alguna experiencia de consumo intensivo de bebidas alcohólicas¹⁵, con una media

¹⁴ Más de 6 unidades de bebidas alcohólicas en un día en el caso de los varones y 4 unidades en el caso de las mujeres. Se considera unidad de bebida alcohólica (UBA) 10 gr. de alcohol.

¹⁵ Cinco unidades de bebidas alcohólicas en el caso de los varones, y cuatro en el caso de las mujeres, en un espacio de dos horas y con una cierta pérdida de control.

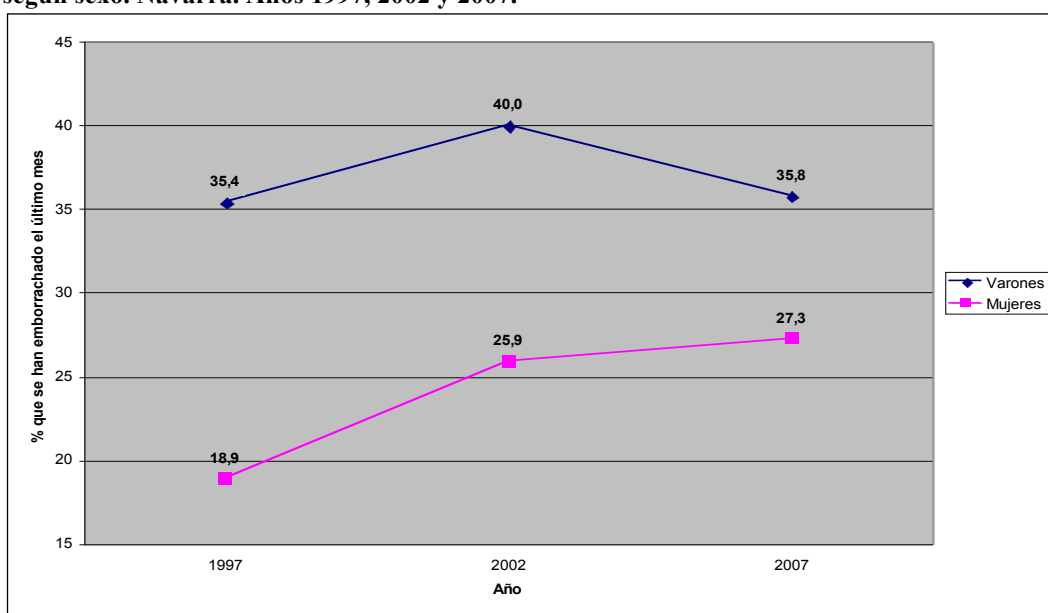
de 2,1 episodios. También en el último mes afirman haberse emborrachado más de un 30%, pero incluso entre la población menor de edad lo señala el 18,8% de los chicos y el 15,9% de las chicas.

En cuanto a los lugares de consumo, y refiriéndonos a la población menor de edad, resulta relevante que dos de cada tres (66,7%) de aquellos y aquellas que declaran haber consumido bebidas alcohólicas, digan haberlo hecho habitualmente en lugares donde el consumo les está limitado por la Ley (fundamentalmente hostelería).

En conjunto, los datos globales sobre consumo de bebidas alcohólicas parecen estabilizados en los últimos diez años. Sin embargo, esos datos ocultan que se está produciendo una retirada masculina al tiempo que se produce una incorporación femenina. Aportaré algunos datos al respecto:

- Entre los grupos de menor edad hay más varones que mujeres entre las personas que manifiestan no haber consumido alcohol en el último mes (43,6% frente al 46,2%). Esta tendencia se invierte en las edades superiores.
- Se aprecia una tendencia a la baja en las personas consumidoras de riesgo, pero ha sido especialmente por el descenso entre los varones, que pasan de un 20,1% en el año 1997 a un 12,7% en el año 2007, mientras que las mujeres se mantienen en torno al 11,5%.
- También en las borracheras lo más significativo es la evolución en la población femenina, como se puede observar en el siguiente gráfico. A partir del año 2002, mientras que la tendencia de los varones es hacia la reducción, en las mujeres sigue incrementándose el porcentaje de las que declaran haberse emborrachado alguna vez.

Gráfico 2. Evolución del porcentaje de población (15-29 años) que se han emborrachado alguna vez según sexo. Navarra. Años 1997, 2002 y 2007.



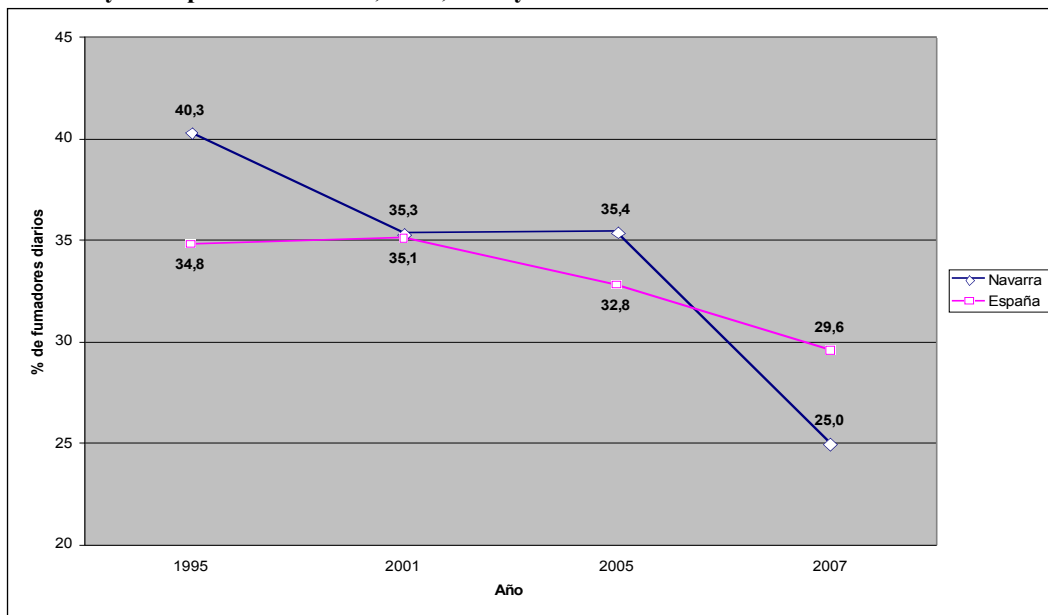
Fuente: Elaboración propia a partir de las Encuestas Juventud Fundación Bartolomé de Carranza 1997 y 2002 y de la Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2007.

○ **Tabaco.**

Consumo de tabaco en la población general (15-65 años).

El consumo de tabaco entre la población general ha experimentado un vuelco en los últimos años: en el año 2007 un 37,8% había fumado en el último mes (frente a un 43% en el año 2005), y un 25% lo hacía diariamente, cuando en el año 2005 eran el 35,4%. Si bien la evolución no ha sido lineal, hay que tener en cuenta que el 40,3% de la población navarra fumaba a diario en el año 1995. La evolución en el conjunto del Estado ha sido también a la baja pero con una pendiente menos pronunciada, pasando del 34,8% a mediados de los 90 a un 29,6% en el año 2007.

Gráfico 3. Evolución del porcentaje de población (15-64 años) que consume tabaco a diario en Navarra y en España. Años 1995, 2001, 2005 y 2007.



Fuente: Elaboración propia a partir de las Encuesta Edades. Delegación del Gobierno para el PNSD 1995-2007. .

Consumo de tabaco en la población joven (14-29 años).

Entre la población joven navarra, la mayoría afirma no fumar (un 58,3%), un 13,2% que lo hace de manera ocasional, y un 28,4% diariamente. Los varones dicen fumar más que las mujeres, especialmente entre quienes declaran fumar a diario, si bien entre los y las menores de edad los porcentajes casi se igualan (el 12,4% entre los chicos y un 10,0% entre ellas).

Dicen haber comenzado, de media, a los 15,5 años, pero a los 14 años ya había un 5,9% que declaraba fumar diariamente y un 10,8% a los 15 años.

Uno de cada cuatro jóvenes que han fumado alguna vez dicen haberlo intentado dejar en el último año, fundamentalmente por las molestias sentidas (en un 41,1%) y por la presión del entorno (en un 20,3%). El 28,2% de quienes lo intentaron no han vuelto a fumar; quienes volvieron fue básicamente por tener alguien cercano que fumaba, por estrés, o por haber aumentado de peso. La gran mayoría de quienes abandonaron el consumo (un 72,1%) dicen que lo hicieron sin ninguna ayuda.

Seis de cada diez jóvenes (un 58%) están a favor de que no se permita fumar en los lugares de ocio y el 16,6% se manifiesta en contra. Lógicamente los más favorables son quienes no fuman, pero incluso un 35,8% de quienes fuman diariamente están también a favor.

La evolución detectada en la serie de encuestas realizadas en Navarra ha sido notable¹⁶, descendiendo un 11% quienes afirman fumar tabaco a diario. Pero lo más sorprendente es que el descenso mucho más rápido entre la población femenina ha llevado a que en el grupo de 15-19 años, por primera vez, ya no son mayoría las mujeres que dicen fumar (ellas bajaron de un 36,1 a un 15,3%, y entre los chicos se pasó de un 33,8 a un 18,8%).

- **Cannabis.**

Consumo de cannabis en la población general (15-65 años).

El consumo de cannabis en la población general ha seguido una tendencia similar en Navarra y en el conjunto del Estado Español, con un crecimiento sostenido desde el año 1995 hasta el año 2005 y un descenso en los datos del año 2007. La tercera parte de la población navarra (un 31,9%) declaró en la encuesta del año 2007 haber consumido alguna vez cannabis. Respecto al consumo en el último año, en el año 1995 el 9,8% de esta población declaró haberlo hecho; en diez años crece de manera espectacular el porcentaje hasta situarse en la quinta parte de la población (19,5%); y en el año 2007 desciende hasta el 13,2%.

Consumo de cannabis en la población joven (14-29 años).

De acuerdo con las encuestas navarras a población joven, en el año 2007 el 43,4% afirmaba haber consumido alguna vez cannabis, hecho más frecuente entre los varones (un 48,6% frente al 38,5% de las mujeres). Un 21,7% señaló haberlo consumido en el último año y el 17,2% en el último mes. Dice consumirlo diariamente

¹⁶ Encuestas de la Fundación Bartolomé de Carranza (entre los años 1986 y 2002) y encuesta del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (2007).

un 4,6% de la población joven navarra. Entre las personas que dicen consumir diariamente, los varones casi triplican a las mujeres (un 6,8% frente a un 2,5%).

De media dicen haberlo probado por primera vez a los 16,6 años, aunque un 13,5% ya lo había hecho con 15 años o menos.

Más de la mitad (un 55,9%) manifiesta que la última vez que consumió cannabis fueron solamente “unas caladas”. Son también mayoría (un 74,6%) los que no hicieron ningún gasto la última vez que consumieron cannabis. Todo ello lleva a pensar que, especialmente entre quienes no consumen de manera frecuente, los consumos lo son más en función de un contexto grupal en el que la iniciativa no parte de la propia persona.

El crecimiento permanente que venía observándose en el consumo de cannabis en cualquiera de los parámetros, rompe su tendencia. En el año 2002, las cifras suponían que más del 50% de los y las jóvenes de 15 a 29 años declararon haberlo probado en alguna ocasión, que una cuarta parte dijo haber consumido en el último mes y el 7,5% a diario. Las cifras del año 2007, en cambio, nos muestran una ruptura de esa tendencia, bajando hasta 9 puntos en los consumos experimentales y casi en 3 puntos la declaración de consumo diario. Las diferencias de género apenas sufren variación, con un consumo declarado significativamente mayor de los varones.

○ **Otras drogas ilegales.**

Consumo de otras drogas ilegales en la población general (15-65 años).

En el conjunto de la población navarra las drogas ilegales con mayor presencia, además del cannabis, son la cocaína, que el 9% dice haber probado alguna vez y un 2,6% en los últimos 30 días; las anfetaminas o el *speed*, probados por un 7,6% de la población aunque solamente un 1,5% dice haberlo hecho en el último mes; y el éxtasis, que el 6,1% afirma haber consumido de manera experimental y un 1% en los últimos 30 días. Sustancias como los alucinógenos, aunque dicen haberlas probado un 4,9%, apenas tienen un consumo regular, mientras que en el caso de la heroína, paradigma de

las drogas en otros momentos, solamente un 0,8% de la población afirmó haberla consumido en alguna ocasión.

Consumo de otras drogas ilegales en la población joven (14-29 años).

Según los datos de la encuesta del año 2007, uno de cada cinco jóvenes (un 19,9%) dijo haber probado alguna de las drogas ilegales, sin considerar para ello el cannabis, un 10,2% en el último año y un 6,1% en los últimos 30 días. Es un consumo predominantemente masculino (llegan a triplicar el porcentaje en los consumos durante el último mes) y fundamentalmente presente en los grupos de edad más altos (24-29 años), con muy bajos porcentajes entre la población menor de edad.

En cuanto al tipo de sustancias más presentes, señalaré a continuación los porcentajes de consumo “alguna vez en la vida”:

- Cocaína: 15%.
- *Speed*/anfetaminas: 13%.
- Setas alucinógenas: 10,2%.
- Éxtasis: 7,9%.
- LSD: 5,5%.
- Ketamina: 4,1%.
- Heroína: 0,8%.

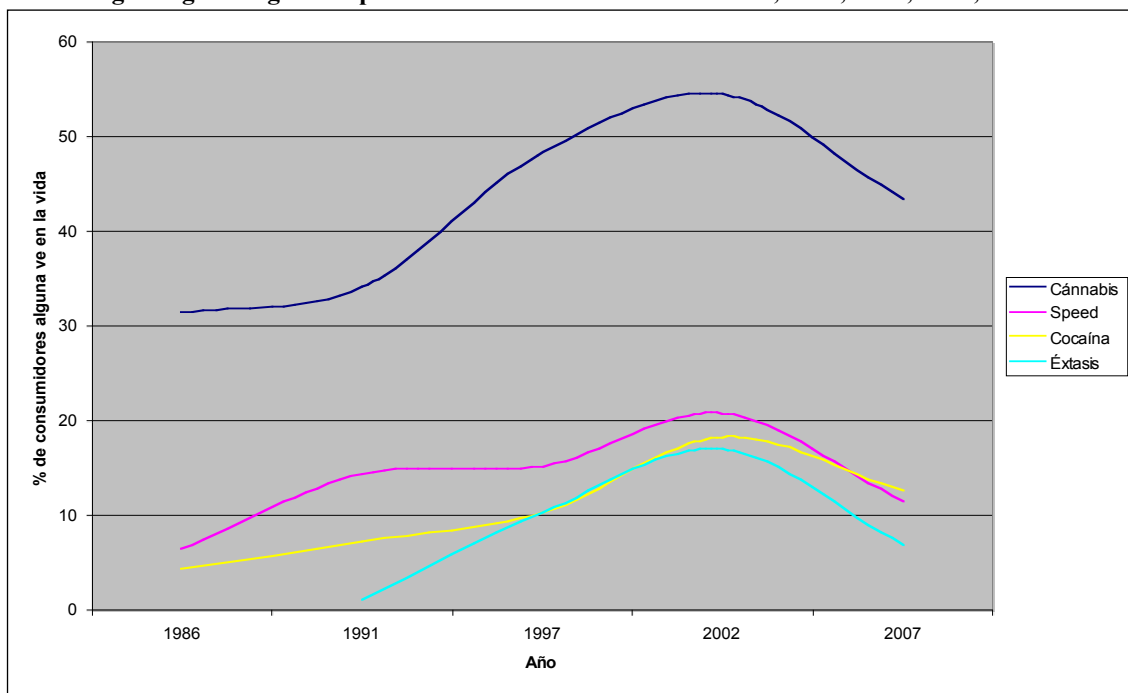
En cuanto a los porcentajes de consumo declarado en los últimos 30 días, solamente encontramos porcentajes que superen el 1% en el caso de cocaína y *speed* (un 3,8% y un 3,6% respectivamente) y en el de consumo de LSD (un 1,4%).

La edad media de inicio en el consumo de este tipo de drogas se sitúa entre los 17 y los 19 años.

Si se toman las cifras disponibles desde el año 1986, se puede comprobar cómo se produce un espectacular crecimiento en el consumo de todas ellas hasta el año 2002, momento histórico donde los consumos llegaron a sus máximos niveles. Pero también hay que destacar el importante descenso que se constata en los datos del año 2007 y que

nos llevan a niveles inferiores incluso a los observados diez años antes. Solamente hay que anotar, como excepción, la evolución del consumo de cocaína, que aunque también tiene un significativo descenso, éste no es tan elevado como en el resto de drogas y mantiene porcentajes de consumo declarado superiores a los del año 1997.

Gráfico 4. Evolución del porcentaje de población (14-29 años) que ha consumido “alguna vez en la vida” drogas ilegales según el tipo de sustancia. Navarra. Años 1986, 1991, 1997, 2002, 2007.



Fuente: Encuestas Juventud Fundación Bartolomé de Carranza (2002 y anteriores), y Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2007.

○ Otras características relevantes en el consumo juvenil.

Las encuestas sobre consumo de drogas de Navarra nos ofrecen otras informaciones, no vinculadas a ninguna sustancia en concreto, que nos permiten aproximarnos a la comprensión del fenómeno:

- Policonsumo.

Entre la población joven navarra se observa que, a medida que aumenta la frecuencia de consumo de tabaco, se eleva notablemente la frecuencia de consumo de otras drogas ilegales (algo que no ocurre con el alcohol). A su vez,

los mayores consumos de cannabis se asocian a mayores consumos de tabaco, pero también incrementan el consumo de otras drogas ilegales. Asimismo, no hubo ninguna persona entrevistada que hubiera consumido alguna droga ilegal durante el último mes sin asociarla al consumo de otras sustancias.

- Consumos intensivos.

El consumo intensivo de drogas es definido en la literatura del sector de la siguiente manera: 6-8 unidades de bebidas alcohólicas en un día¹⁷, según sean mujeres o varones; un paquete o más de tabaco diario; consumir cannabis diariamente; consumir semanalmente otras drogas ilegales. Este tipo de consumo, según la encuesta 2007 de Navarra, atañe a un 14,7% de la población joven. En los últimos diez años ha descendido el porcentaje global aunque la excepción es el alcohol entre las mujeres: su frecuencia no ha dejado de incrementarse hasta casi igualar en el año 2007 la de los varones (un 5% entre ellas por un 6,2% entre ellos).

3.2.3. Otros indicadores indirectos sobre la evolución del fenómeno.

Otra manera de analizar la evolución del fenómeno consiste en observar determinados indicadores relacionados con algunas de sus consecuencias. En este caso ofrezco información sobre el número y características de las personas atendidas o detectadas desde los distintos recursos sociosanitarios de Navarra; las enfermedades y la mortalidad que el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales provoca; la evolución y características actuales del mercado de tabaco y alcohol, así como la situación del tráfico de drogas ilegales.

En la mayor parte de los casos he utilizado datos procedentes de los distintos sistemas de información existentes en Navarra. No obstante, también he debido recurrir a datos de ámbito estatal cuando no ha sido posible contar con información específica de la Comunidad Foral.

¹⁷ Se considera unidad de bebida alcohólica (UBA) 10 gr. de alcohol.

3.2.3.1. Morbi-mortalidad relacionada con el consumo de drogas.

En este caso tengo que recurrir fundamentalmente a datos referidos al conjunto del Estado Español, ya que apenas disponemos de datos específicos sobre Navarra.

- Tabaco.

La mortalidad por tabaquismo aumenta de manera muy considerable en España desde mediados del siglo XX hasta el año 2001, momento en el que alcanza un pico de 54.000 personas fallecidas por esta causa. A partir del citado año, la disminución del consumo de tabaco entre los varones adultos empieza a reflejarse en las estadísticas de mortalidad, habiendo bajado ligeramente de la cifra de 50.000 muertes anuales. Aún así, el 25% de las muertes atribuidas al tabaco se producen prematuramente, es decir, antes de lo esperado para la cohorte de edad de la persona fallecida. La incidencia del género es determinante: un 92,5% de las muertes fueron entre hombres y el 7,5% entre mujeres, si bien la evolución de los datos apunta a un incremento de los porcentajes femeninos (Montes, 2004).

- Alcohol

A partir de un estudio realizado por Ochoa et al. (2006), estiman para el año 2004 en 8.391 el número total de muertes relacionadas con el consumo de alcohol, lo que supone un 2,3% del total de fallecimientos y una tasa de 19,4 por cien mil habitantes, habiéndose mantenido con notable estabilidad en los últimos cinco años. Las diferencias de género son significativas: 3 varones por cada mujer.

En un estudio realizado por Fierro et al. (2010), se analizó también la mortalidad prematura relacionada con el consumo de alcohol en el año 2004, calculando los años potenciales de vida perdidos (APVP). Se estimó que durante ese año se perdieron 118.411 APVP, 4 veces más en varones, y la media de APVP por cada muerte atribuible al consumo de alcohol fue de 22,6 años.

- Drogas ilegales.

La estimación exacta de todas las muertes relacionadas de una u otra manera con el consumo de drogas ilegales resulta complicada desde un punto de vista metodológico. Si nos centramos en las muertes por reacción aguda a drogas (conocidas habitualmente como muertes por sobredosis), en los datos recogidos a nivel estatal se observa un aumento espectacular desde el año 1983 hasta el año 1992, pasando de 266 a cerca de 1.800 muertes anuales. Disminuyen rápidamente hasta situarse en las 1.100 a mediados de esa década y, a partir de entonces, desciende muy lentamente, estimándose para el año 2004 en torno a las 800 muertes. Con toda probabilidad esta evolución está directamente relacionada con la difusión de los tratamientos con metadona y otros programas de reducción del daño, así como con la disminución relevante del consumo por vía parenteral. Sin embargo, resulta significativa la creciente presencia de cocaína (sin acompañar de opioides), que supone ya una de cada cinco muertes en el año 2005 y, aún así, se sospecha infranotificada su incidencia por desconocimiento en ciertos casos de su relación con el fallecimiento (PNSD, 2007).

- Mortalidad relacionada con accidentes de tráfico.

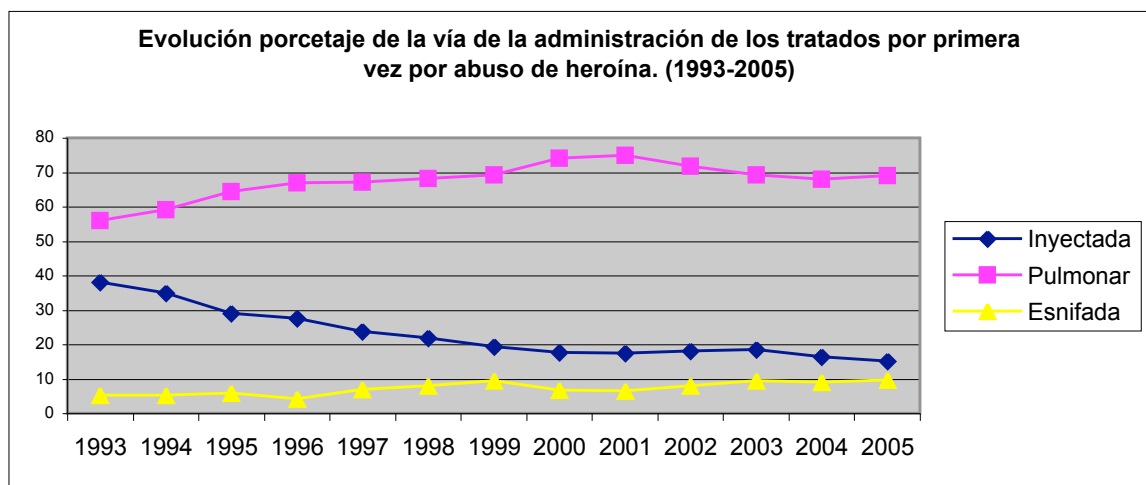
El Instituto Nacional de Toxicología, a partir de las autopsias realizadas a los conductores y las conductoras que fallecieron en accidentes de tráfico, desarrolla anualmente un estudio de los análisis toxicológicos realizados, oscilando su número entre 1.000 y 1.500 casos anuales. De los analizados en el año 2004, un 43% ocurrieron en fin de semana o festivos, el 90% eran varones, y el grupo mayoritario tenía entre 21 y 30 años. Un 42% de los casos dieron positivo a alguno de los tóxicos investigados (alcohol, drogas ilegales y psicofármacos). El alcohol fue el más detectado: estaba presente en un 36,1% de los casos, en tanto que se encontró cocaína en un 5% del total y cannabis en un 1,8% (PNSD, 2007).

- Infecciones asociadas a la inyección de drogas.

En el conjunto del Estado Español, desde los primeros registros a mediados de los ochenta, los casos de SIDA relacionados con la inyección de drogas crecen de manera exponencial, y a finales de esa década llegan a representar siete de cada diez casos declarados (un 69,7% en el año 1990) (Carrón, 1996). A partir de ahí el porcentaje disminuye, incrementándose proporcionalmente el correspondiente a transmisión sexual que, desde 2003, supera a los casos ligados al consumo de drogas (PNSD, 2009). En el caso de Navarra este cambio se produjo varios años antes, en el año 1996 (Moreno-Iribas, 2004).

Esta disminución está notablemente relacionada con la difusión de los programas de reducción de daños (principalmente los de distribución de jeringuillas) y de tratamiento con metadona, así como con el cambio de vía en el consumo de heroína que se produce durante esos años (muy influenciado también por los programas de reducción de daños) (Carrón, 1996). Disminuye de manera radical el número de inyectores, hasta representar el 15,1% en el año 2005 (desde un 50,3% en el año 1991), según datos del Observatorio Español sobre Drogas (PNSD, 2007).

Gráfico 15. Evolución del porcentaje de población tratada por primera vez por abuso de heroína según la vía de administración usada. España. Años 1993-2005.



Fuente: Informe 2007 Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas.

Pero el VIH no es el único problema sanitario relacionado con la inyección de drogas. La extensión de la Hepatitis B entre población inyectora de drogas, en un seguimiento a usuarios que se desarrolló en Madrid, Barcelona y Sevilla, oscilaba entre el 20 y el 35%. Aún más importante es la prevalencia de Hepatitis C en esta población. Dependiendo del área y de la muestra, en los diversos estudios aparecen entre un 65 y un 90% de personas infectadas. La situación resulta aún más complicada en este último caso por la ausencia de una vacuna que proteja de este virus, que se calcula diez veces más infeccioso que el VIH, y por el previsible impacto en la morbi-mortalidad de un colectivo que frecuentemente tiene otras infecciones añadidas (PNSD, 2007).

3.2.3.2. Algunos aspectos relacionados con la oferta de drogas.

Me referiré en este apartado a algunos datos vinculados a la venta de alcohol y tabaco, así como a las incautaciones de drogas ilegales. En este caso he tenido que utilizar básicamente datos relativos al conjunto del Estado.

- Alcohol.

El volumen de ventas de bebidas alcohólicas en España, según el panel de consumo alimentario del Ministerio de Medio ambiente y Medio rural y marino, ha sufrido un continuo descenso desde el año 1996, pasando de 99,8 litros a 90,1 litros en el año 2006. Dos tercios de las ventas se producen en hostelería y restauración, y es básicamente ahí donde se produce el descenso, y no tanto en el consumo doméstico. Por tipos de bebidas, disminuye la venta de vinos al tiempo que aumenta la de cerveza y licores¹⁸.

- Tabaco.

Las ventas básicamente están constituidas por cigarrillos, que representan el 94,3% de las mismas. Entre el año 1996 y el año 2006 la venta de cigarrillos

¹⁸ Consultado en la página web del Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. <http://www.magrama.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-y-comercializacion-y-distribucion-alimentaria/panel-de-consumo-alimentario/>

creció en España un 25,7%, pero su crecimiento en volumen de ingresos fue de un 130%, representando en el año 2006 un total de más de 10.000 millones de euros. La disminución de las ventas de contrabando y la mayor venta hacia el extranjero son los elementos que pueden explicar el encaje de estas cifras con el descenso del consumo entre la población española (como p.ej. en Navarra, donde la venta de cigarrillos se incrementó en un 67% en la década de referencia) (PNSD, 2007).

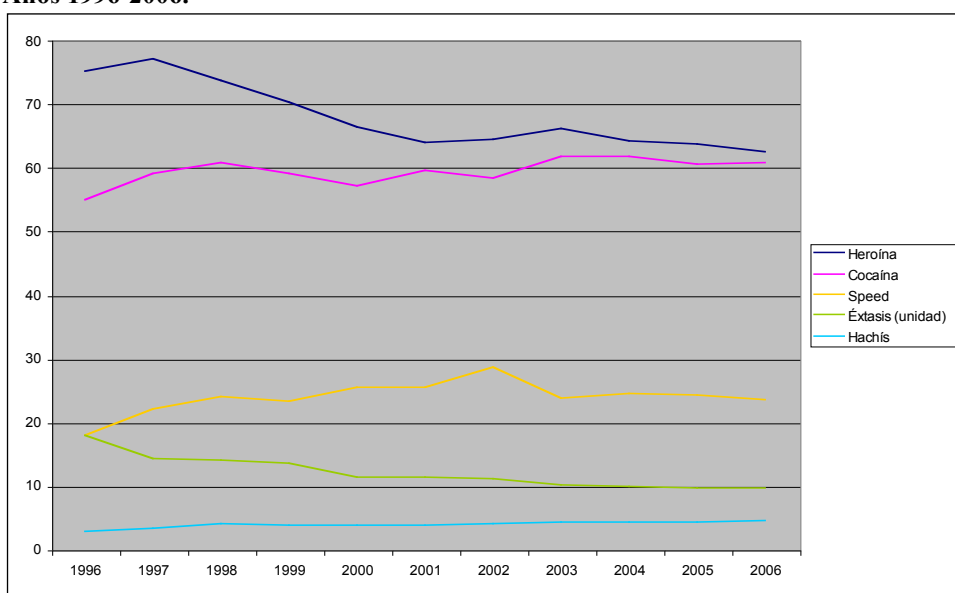
- Drogas ilegales (PNSD, 2007).

En relación con las drogas ilegales, la situación geoestratégica de España hace que una parte de las rutas de distribución y tráfico pasen por este país, con lo que la evolución de incautaciones y decomisos no siempre va relacionada con la evolución de los consumos. Entre los años 2001-2006 el número total de decomisos pasó en España de 130.862 a 243.858, siendo especialmente notorio el incremento de los relacionados con cannabis y más ligeramente con cocaína, en tanto que descienden los de opiáceos. Las cantidades incautadas de heroína o cannabis permanecieron estables, mientras que se multiplicó por ocho el volumen de las incautaciones de cocaína, y se redujeron a la mitad las correspondientes a éxtasis.

En algunos estudios de campo realizados por las Fuerzas de Seguridad del Estado sobre la evolución en el precio de las diferentes sustancias entre el año 1996 y el año 2006, se pone de manifiesto el importante descenso en el precio del gramo (al consumidor final) de heroína, que pasa de 75,1 a 70,2 euros y del éxtasis (la unidad) que pasa de 18 a 9,8 euros de media. La cocaína y el cannabis experimentan un ligero ascenso en su precio en el conjunto de la década, en tanto que asciende de manera notable el precio del LSD¹⁹.

¹⁹ Se trata de un cálculo medio de acuerdo a las oscilaciones de precios entre comunidades autónomas.

Gráfico 16. Evolución del precio medio de las drogas (gramos) en el mercado ilícito en España. Años 1996-2006.

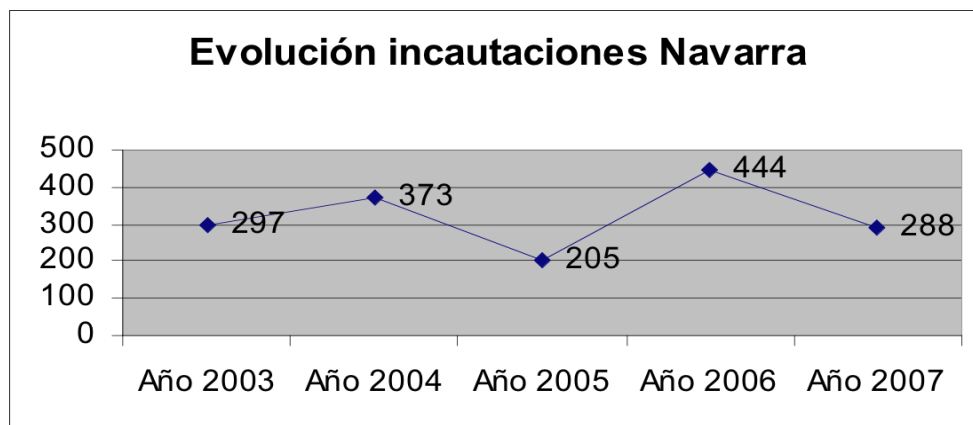


Fuente: Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2007. Elaboración propia

En esos mismos estudios se comprueba que la pureza de la heroína encontrada experimenta un aumento notable en el año 1998 y desde entonces se ha mantenido relativamente estable, y en la cocaína ocurre algo similar. En la primera, la pureza en los grandes alijos era del 48%, en los decomisos de nivel de gramo de un 32% y a nivel de dosis de un 23%. Para la cocaína la pureza era de un 73%, un 54% y un 46% respectivamente.

Las detenciones efectuadas por tráfico de drogas en España siguieron una tendencia bastante estable durante el periodo analizado, suponiendo un total de más de 16.000 detenciones en el año 2006. Por el contrario, el número de denuncias por consumo o tenencia ilícita muestra una tendencia ascendente continuada, pasando de 63.855 en el año 1997 a 218.656 en el año 2006, si bien en este último caso se ignora la influencia que pueda suponer una mayor agilidad en la aplicación y gestión de las normas. En el caso de Navarra, las memorias de la Fiscalía del Estado señalan que el número de incautaciones de drogas no sigue una evolución constante.

Gráfico 17. Evolución del número de incautaciones. Navarra. Años 2003-2007.



Fuente: Elaboración propia a partir memorias Fiscalía Navarra

El análisis pormenorizado del tipo de drogas incautadas en Navarra viene a confirmar esa tesis. No obstante, se podría afirmar de manera general que el proceso es similar al descrito para el conjunto del Estado: se reducen las incautaciones de heroína (aunque en el año 2006 hubo un importante repunte) y se incrementan las de cocaína y cannabis. Esa realidad parece coherente con los datos ofrecidos por los estudios respecto a la evolución en el consumo de drogas y con las informaciones facilitadas por la red asistencial respecto al tipo de consumos en las personas drogodependientes que solicitan tratamiento.

Tabla 1. Aprehensiones de drogas en Navarra según sustancia y año. Años 1997-2008²⁰

	Hachís (gr.)	Heroína (gr.)	Cocaína (gr.)	Speed (gr.)	Marihuana (gr.)	Éxtasis	LSD	Ketamina	Otros psicotrópicos
1997	20.125	748	4.863	62		513 c.	81 c.		641 c.
1998	1.314	1.314	3.916			257 c.	439 c.		153 c.
1999	421.266	1.391	22.644	831		1.246 c.	6 d.		104 c.
2000	44.210	38	3.002	561		8.336 u.	71 u.		409 u.
2001	9.964	150	1.879	736		1.947 u.	39 u.		337 u.
2002	45.634	182	6.500	1.602	7.107	4.652 u.			
2003	76.700	34	9.865	5.759	8.568	831 u.	21 u.	36 l.	93 u.
2004	42.429	236	19.299	787	31.142	728 u.	9 u.		380 u.
2005	142.985	347	30.775	17.131	100.742	4.386 gr.	6 gr.	3 gr.	442 gr.
2006	85.403	1.167	19.798	9.981	32.845	762 gr. + 362 u.	2 gr.	5 gr.	88 gr.
2007	65.383	383	99.114	30.061	13.340	1.932gr.+ 54 u.	20 gr.	792 gr.	85 gr.
2008	95.624	640	49.157	1.947	30.303	242gr.	103	1	83gr+770u.

Fuente: Memorias Plan Foral Drogodependencias.

Significado de las abreviaturas utilizadas: "c": comprimidos; "u": unidades; "d": dosis; "l": litros.

²⁰ No se incluyen los datos de aprehsiones realizadas por las policías municipales.

3.2.4. Características de la población drogodependiente atendida en Navarra.

En primer lugar aportaré información procedente principalmente de las memorias del PFD. A través de ellas podemos conocer algunos datos sobre el número y las características de esta población. Posteriormente profundizaré en este análisis, pero a través de fuentes cualitativas. Las entrevistas realizadas a profesionales de la red de atención me han permitido delimitar algunos elementos que definen la diversidad de esta población.

3.2.4.1. Datos cuantitativos y características básicas.

Nivel Primario.

Según la estructuración por niveles de intervención planteada en el documento del Plan Foral de Drogodependencias, a la atención primaria de salud le han correspondido, entre otras, las tareas de detección y derivación. Por lo tanto, los centros de salud deberían suponer una importante fuente de información sobre el número de personas con problemas relacionados con el uso de drogas. El análisis de su sistema de información OMI nos ofrece los siguientes datos:

Casos registrados con fecha 31 de agosto de 2009:

- Casos por abuso excesivo de medicamentos y drogas²¹: 2.838 (0,54% de la población navarra mayor de 15 años).
- Casos por consumo excesivo de alcohol²²: 5.098 (0,97% de la población navarra mayor de 15 años).

Otro importante espacio para la detección es el constituido por los servicios sociales de atención primaria. Desde estos servicios se utiliza un sistema de información denominado “Sistema de Información sobre Usuarios de Servicios Sociales” (SIUSS).

²¹ Según los criterios de la CIAP. Código Internacional de la Atención Primaria.
http://iqb.es/patologia/ciap/ciap_toc.htm

²² Según los criterios de la CIAP. Código Internacional de la Atención Primaria.
http://iqb.es/patologia/ciap/ciap_toc.htm

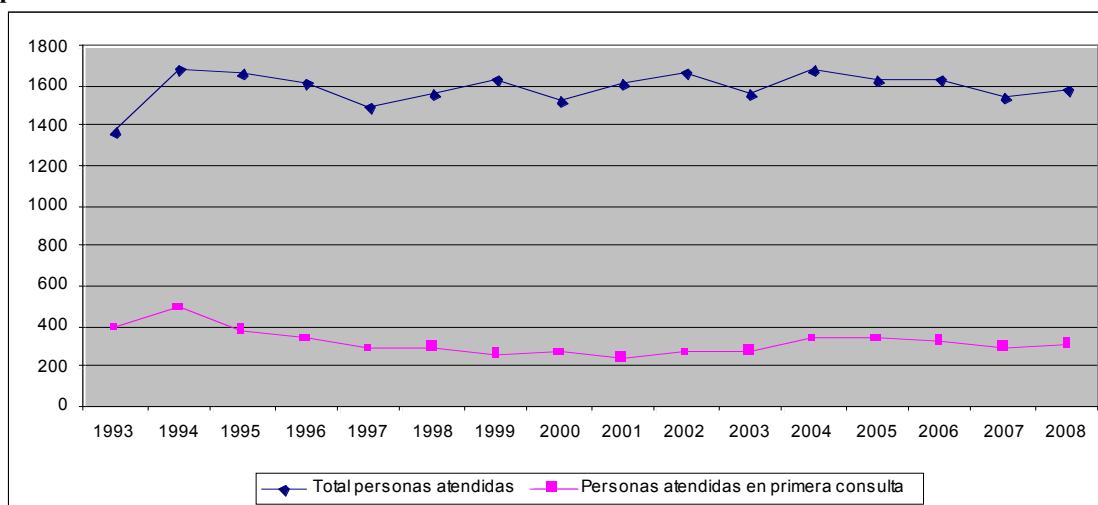
Este sistema permite registrar los casos cuyo sector de referencia, siguiendo la terminología que utilizan en la gestión del sistema, es la toxicomanía.

- Nº. de casos nuevos atendidos durante el año 2009: 482 (0,09% de la población navarra mayor de 15 años).
- Nº. total de casos atendidos durante el año 2009: 1.099 (0,21% de la población navarra mayor de 15 años).

Nivel Secundario.

Los centros de salud mental (CSM) han constituido el eje del nivel secundario de intervención. A ellos les han estado encomendadas las siguientes tareas: el diagnóstico, el desarrollo de determinados tipos de tratamientos ambulatorios, la derivación a recursos específicos y el seguimiento de pacientes derivados. El número de personas atendidas en el Programa de Drogodependencias de los CSM ha seguido una evolución bastante estable a lo largo de los años. En cuanto al total anual de población atendida, el número mínimo registrado fue en el año 1993 (1.370 personas; 0,26% de la población navarra mayor de 15 años), mientras que el máximo lo encontramos en el año 2004 (1.683 personas; 0,32% de la población navarra mayor de 15 años). Si analizamos a las personas atendidas por primera vez, encontramos el número mínimo en el año 2001 (238 personas) y el máximo en el año 1994 (491 personas).

Gráfico 5. Evolución del número de población atendida en C.S.M. Total personas atendidas y primeras consultas. Navarra. Años 1993-2008.

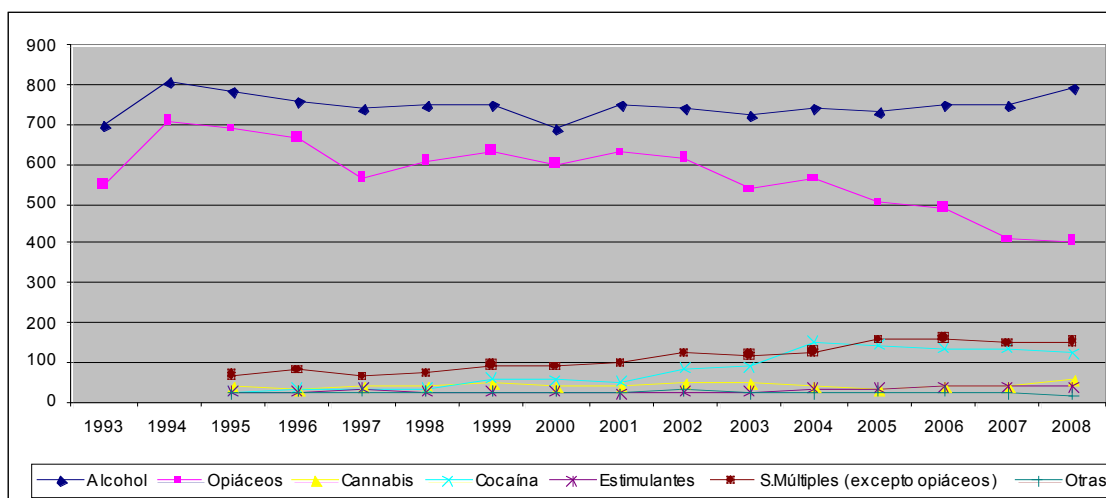


Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias del PFD.

- Sustancia o sustancias que motivan la demanda de tratamiento²³.

El análisis de la sustancia que motiva la demanda de tratamiento nos informa sobre una clara tendencia hacia el descenso en la categoría “opiáceos”, mientras que se incrementa el número de personas cuya demanda de tratamiento está motivada por el consumo de “múltiples sustancias” y “cocaína” y se mantiene estable la población englobada en la categoría “alcohol”.

Gráfico 9. Evolución del número de población atendida en C.S.M. por sustancia que motiva el tratamiento. Navarra. Años 1993-2008.

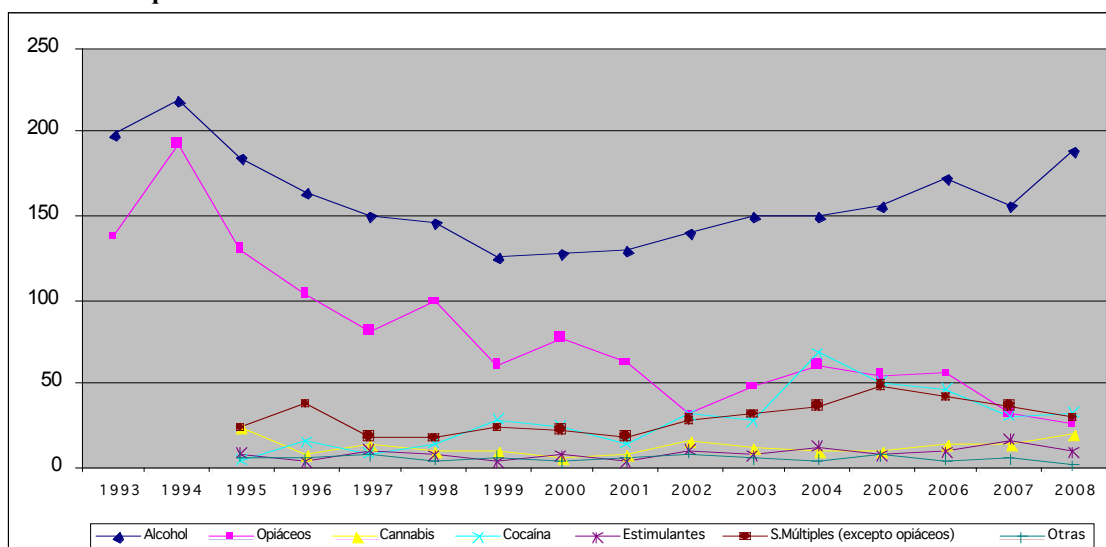


Fuente: memorias del PFD.

Si el análisis se circunscribe a la población que acude a tratamiento por primera vez, el proceso de descenso en la categoría “opiáceos” es aún más acentuado. Las categorías “múltiples sustancias” y “cocaína” suben hasta el año 2004-05, donde el crecimiento se detiene e incluso desciende levemente.

²³ Aunque se trata de una tendencia presente en todas las modalidades de tratamiento, circunscribiré el análisis a los datos de la población atendida en la red de CSM.

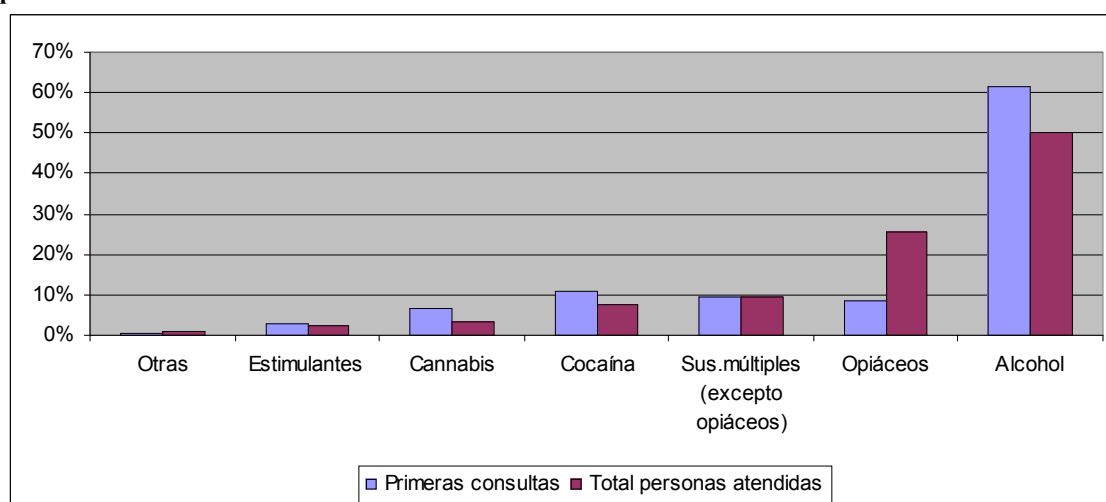
Gráfico 10. Evolución del número de población atendida en primera consulta en C.S.M. por el tipo de sustancia que motiva el tratamiento. Navarra. Años 1993-2008.



Fuente: memorias del PFD.

En el siguiente gráfico, referido al año 2008, podemos observar cómo una de cada cuatro personas atendidas lo es por consumo de “opiáceos”, mientras que en las personas que acudieron por primera vez a tratamiento el porcentaje no alcanza ni siquiera el 10%, viéndose ya superado por las categorías “cocaína” y “sustancias múltiples”. Podríamos concluir que la incorporación de nuevos pacientes adictos a opiáceos está convirtiéndose en residual, aunque en la Red se mantiene un núcleo importante de personas que iniciaron su contacto por dependencia a opiáceos.

Gráfico 11. Porcentaje de pacientes en C.S.M. por tipo de sustancia. Primeras consultas y total de población atendida. Navarra. Año 2008.



Fuente: memorias del PFD.

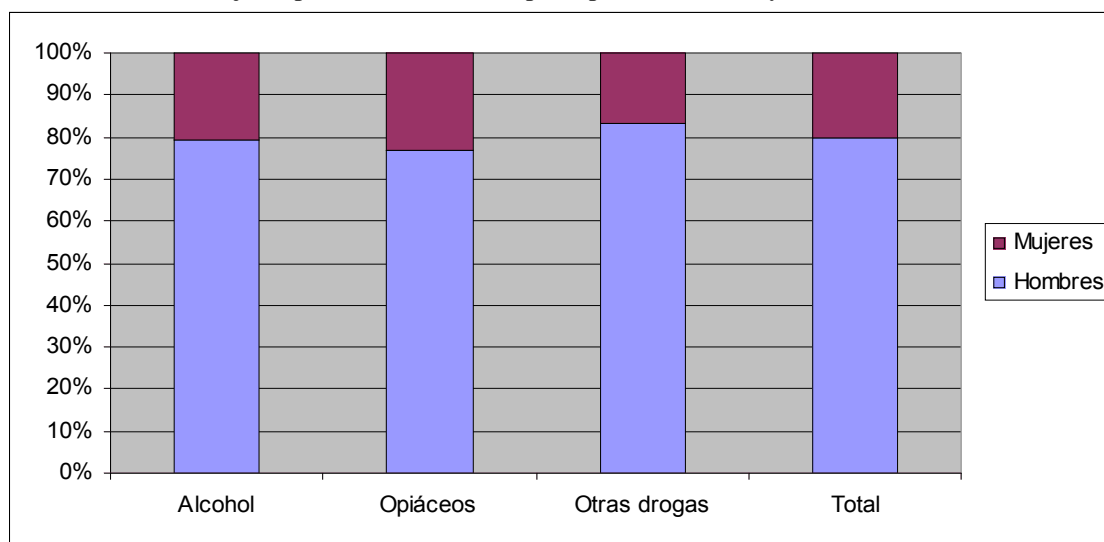
No obstante, y según la percepción del colectivo de profesionales de la red de atención a drogodependientes a los que he entrevistado, se podría definir a la mayor parte de la población atendida como policonsumidora, incluso en aquellos casos cuya demanda de tratamiento es registrada como “cocaína”, “opiáceos” u otra.

- Otras características de la población atendida.

Menor porcentaje de mujeres.

En cuanto a la distribución por género, se observa una presencia mayoritaria de hombres. Tanto en el total de la población atendida, como en la población atendida por primera vez, el porcentaje de hombres se sitúa en torno al 80%. Este porcentaje es similar en todas las modalidades de tratamiento y para todas las sustancias que motivan la demanda. Asimismo, se trata de un porcentaje que también aparece en los datos de las redes asistenciales de otras comunidades autónomas. Parece que el incremento en los consumos de drogas por parte de la población femenina, indicado por las investigaciones, no se ha traducido en un aumento de las demandas de tratamiento.

Gráfico 12. Porcentaje de pacientes en C.S.M. por tipo de sustancia y sexo. Navarra. Año 2008.



Fuente: memorias del PFD.

En las entrevistas a profesionales de la red de atención se hizo referencia a la infrarrepresentación de las mujeres.

...las mujeres es algo más silente, más solapado, más invisible y entonces...y no llegan tanto las mujeres...pues las mujeres se sienten más necesitadas en el hogar, en el cuidado de los niños que los hombres... 2²⁴

Se señaló que la violencia de género afecta de manera especialmente grave a las mujeres atendidas desde la red asistencial. A esta misma conclusión llega un estudio realizado por la Asociación de Centros de Día (ASCEDI) (Amor et al., 2010), en el que se refleja que el 53% de las personas evaluadas habían sufrido alguna situación de maltrato por parte de su pareja. Sin embargo, y según el relato recogido en las entrevistas que he realizado, los recursos comunitarios de atención a este fenómeno no atienden suficiente o adecuadamente esta realidad. Se trata de un ejemplo paradigmático de desencuentro entre la multidimensionalidad de la realidad y el diseño unidimensional de los recursos²⁵.

...Y encima, después a la hora de utilizar los recursos comunitarios, pues, sobre todo si hay un consumo activo, quedan excluidas de todo...Incluso en las casas de acogida una de las normativas es: las dependencias quedan excluidas. 2

Una publicación editada por Naciones Unidas (ONU, 2005) afirma que las mujeres encuentran “*problemas más graves al inicio del tratamiento y posiblemente encuentren más obstáculos que los hombres para acceder a éste. A pesar de las diferencias entre culturas y naciones (...) encuentran frecuentemente los mismos obstáculos para su acceso al tratamiento y permanencia en él*”. Los obstáculos mencionados en esta publicación están muy vinculados con el sistema de género patriarcal, ya que “*tienen que ver con sus deberes como esposas o parejas y madres, con las dificultades resultantes de tener un compañero sexual drogodependiente y con la estigmatización sobreañadida que suponen para la mujer los problemas de uso indebido de sustancias*”. Precisamente la falta de adaptación de los programas de tratamiento a estos obstáculos específicos de las mujeres, supone un caso claro de exclusión indirecta y de inequidad.

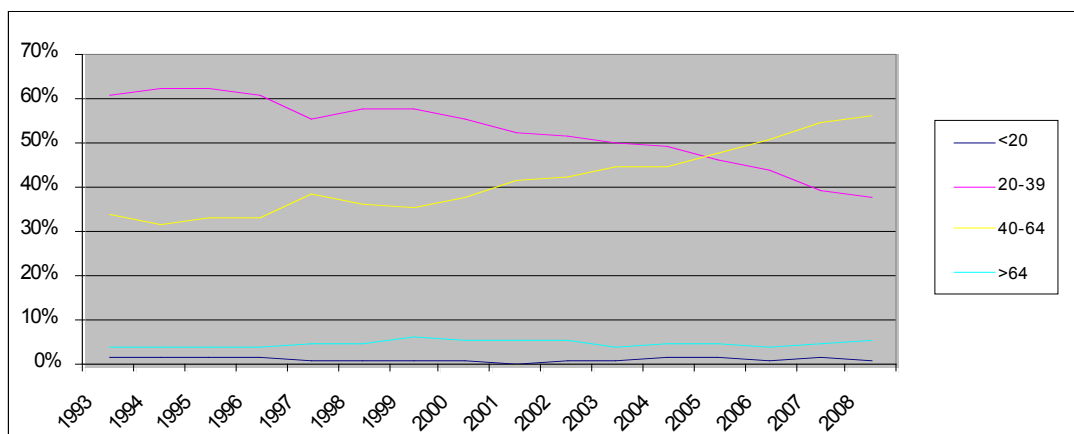
²⁴ En el apartado 2.2.3. presenté la metodología utilizada en la realización de las entrevistas. Asimismo, en el apartado 3.8.3. figura un listado con las características generales de las personas entrevistadas. El número que acompaña la cita literal identifica el tipo de profesional que la expresa.

²⁵ Profundizaremos sobre esta cuestión en el capítulo 4.

Transformación en las edades de la población atendida.

El análisis de la evolución desde el año 1993 nos informa sobre un incremento de las personas de 40-64 años, paralelo a la reducción en el grupo de edad 20-39 años. De esta forma, el grupo de 40-64 años pasa a ser el mayoritario a partir del año 2005.

Gráfico 13. Evolución del porcentaje de pacientes en C.S.M. por grupos de edad. Navarra. Años 1993-2008.



Fuente: memorias del PFD.

En las entrevistas a profesionales de la red de atención a drogodependientes se remarcó la influencia que este incremento en la media de edad tiene, especialmente en el trabajo sobre aspectos relacionados con la incorporación socio-laboral. En algunos casos este incremento de edad tiene que ver con las personas que llevan muchos años de adicción y de contacto más o menos intermitente con la red de atención. En gran parte se trata de personas en una situación de gran exclusión, por lo que los procesos de incorporación socio-laboral son muy complejos. En otros casos el incremento en la media de edad responde a la solicitud de tratamiento por parte de personas que iniciaron su adicción en la edad adulta, cuando ya habían logrado cierto grado de integración social.

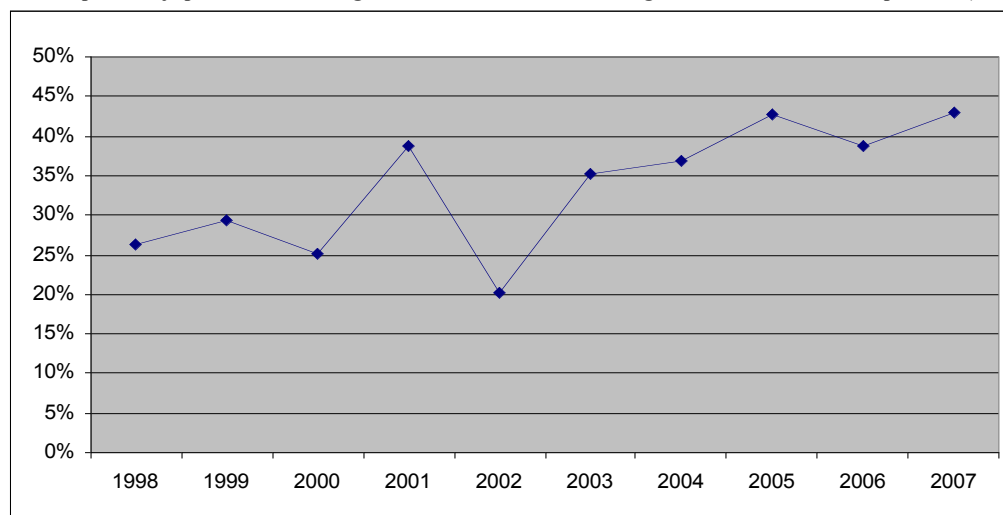
...el tratamiento de incorporación social de esas personas pues no tiene que ser tanto formativo, sino de recuperar las habilidades que las han tenido. 2

Trastornos mentales graves.

Según la opinión recogida en las entrevistas a profesionales de la red, el incremento de las personas afectadas por trastornos mentales graves es una de las principales transformaciones que se han producido en las características de la población

drogodependiente atendida. El único dato disponible es el referido a su incidencia en las comunidades terapéuticas. En ese caso, un porcentaje próximo al 43% de la población atendida durante el año 2008 en estos centros tenía diagnosticado algún trastorno mental grave.

Gráfico: porcentaje población dual diagnosticada en el momento del ingreso en todas las CC.TT. por año. (Años 1998-2007)



Fuente: memorias del PFD.

3.2.4.2. Análisis sobre la diversidad de la población atendida.

Si, a pesar del estereotipo especialmente presente en la década de los años 80 y buena parte de los 90, la población drogodependiente siempre ha sido heterogénea, en el periodo analizado esta tendencia parece haberse incrementado notablemente. Tener presente esta realidad es de gran importancia para el diseño de las políticas de atención, ya que evidencia la necesidad de poner en marcha un sistema de tratamiento que pueda responder de manera integral y flexible a la diversa caracterización de esta población.

En este caso no puedo aportar datos cuantitativos, pero sí la percepción recogida a través de una serie de entrevistas en profundidad realizadas a un conjunto representativo de profesionales que trabajan en la red de atención a personas drogodependientes en Navarra²⁶. A partir de su análisis he podido distinguir diferentes perfiles atendidos: población en situación cronificada, personas con adicción al alcohol,

²⁶ He realizado entrevistas a profesionales de 8 equipos que atienden a población drogodependiente en Navarra. Asimismo, he realizado otras 8 entrevistas a profesionales del ámbito jurídico-penitenciario y de entidades sociales. La metodología utilizada ha sido descrita en el apartado 2.2.3.

jóvenes con trastornos mentales asociados, jóvenes que acuden por presiones familiares o judiciales, adultos con un grado aceptable de integración social y poblaciones con necesidades especiales.

○ Personas cronificadas.

Se trata de personas que iniciaron su contacto con la red asistencial a principios de los años 90 (o incluso antes) y que han tenido una experiencia de relación con las redes de tratamiento muy prolongada. De hecho, no se trata de personas jóvenes, sino que su edad explica en parte que la media de edad en la población atendida por la red asistencial se esté incrementando notablemente²⁷. Sus primeras demandas de tratamiento fueron por consumo de heroína, aunque en la actualidad tienen dificultades relacionadas con el consumo de diferentes sustancias y, en muchos casos, sufren también algún trastorno psiquiátrico. Además, se encuentran en una situación de grave exclusión social en al menos alguno de los siguientes ámbitos: laboral, residencial, económico, educativo y relacional. Es decir, que sus problemáticas y necesidades exceden ampliamente el ámbito específico de las adicciones.

Es un grupo que se ha ido empobreciendo en lo laboral, en las relaciones familiares, en las relaciones sociales y que tienen una dificultad mayor para todo, para emplearles, para buscar un..., necesitarían casi una residencia de apoyo tutelado donde poder estar. 2

...son personas con problemas de salud mental, que no van a poder trabajar, necesitamos un montón de recursos a la vuelta y además actividades ocupacionales, pero no laborales. 1

Y son muy pocos los que se han incorporado al mercado laboral, y sobre todo los que se mantienen en dicho mercado laboral. 4

En la mayor parte de los casos se encuentran en programa de dispensación de metadona, aunque mantienen consumos de otras drogas, especialmente de bebidas alcohólicas. Como señalan algunos autores (Comas, 2005; Arza, 2008), es un perfil de consumidor “controlado” y “tutelado”, muy alejado de antiguas imágenes de drogodependientes “rebeldes”, e incluso de las más recientes de drogodependiente “delincuente” y “peligroso”.

...estos pacientes no están libres de drogas, están consumiendo alcohol de tal manera, que al final los mata el alcohol. 1

²⁷ Ver apartado 3.2.4.

...y entonces la mayoría ha empezado con el alcohol, independientemente de si tomaban antes o no. 1

○ Personas con adicción al alcohol.

De acuerdo con el discurso detectado en las entrevistas, varias son las características de este tipo de población atendida. La primera tiene que ver con la edad, ya que en este grupo se encuentran las personas atendidas en la red con una edad más elevada. Esta circunstancia representa que, incluso en algunos casos, sea necesario establecer mecanismos de coordinación con recursos que hasta el momento poca relación habían tenido con la red de tratamiento: residencias para personas mayores, especialistas en geriatría, etc.

Sí que nos aparece población consumidora de alcohol con una edad elevada, y elevada me refiero a tercera edad. Pues gente de 60 años, de 73 que hemos llegado a tener. 2

Otra de las características está relacionada con las dificultades encontradas para la intervención precoz. Se trata de personas con adicción a una droga legal e institucionalizada, lo que influye en que tengan más dificultades para reconocer su problemática. Asimismo, su entorno familiar, laboral y social no reacciona hasta que surge una crisis importante o la situación ya se encuentra muy deteriorada.

Los de alcohol empiezan más tarde a venir, cuando ya están más fastidiados físicamente y cuando su ambiente está más deteriorado también... 1

En estos casos, el reto reside en establecer sistemas de detección precoz y de motivación hacia el tratamiento. El papel de la atención primaria de salud y de los servicios de salud laboral, puede ser especialmente relevante.

○ Personas jóvenes presionadas.

En este grupo, y según el discurso detectado en las entrevistas, la iniciativa de acudir al servicio siempre es externa a la persona joven. En unos casos el contacto con la red de tratamiento surge tras la aparición de algún trastorno mental asociado, vía

derivación desde un servicio de urgencias o de una unidad de hospitalización psiquiátrica.

Yo creo que todos esos más jóvenes, la mayor parte, vienen porque han tenido un episodio psicótico, han estado, en un momento dado, o atendidos en urgencias o ingresados y llevan un seguimiento desde aquí. 1

En otros casos, donde el trastorno mental asociado no está presente o no es tan evidente, se observa que la iniciativa parte de la familia o que el contacto con la red de tratamiento se produce como consecuencia de una orden judicial.

...pero también vienen directamente por iniciativa de los padres...En el caso de jóvenes de 17 años en adelante, sí que a mí me ha tocado ver por orden judicial que vienen que les han pillado trapicheando y cosas así. Entonces, bueno, ahí se ve la implicación del paciente, cómo los chavales se implican menos, si vienen por iniciativa de los padres o por orden judicial. 1

Parte de los retos que nos plantea la intervención con este grupo están vinculados también con la coordinación, el trabajo en red y el diagnóstico precoz. Es fundamental establecer conexiones entre la red de tratamiento y los programas de prevención (selectiva e indicada)²⁸, así como con los equipos que trabajan en el sistema jurídico-penal. Asimismo, cuando se trata de trabajar con las personas más jóvenes, la intervención con el entorno familiar se convierte en clave.

○ Personas adultas integradas.

En las entrevistas se referían a personas adultas que comienzan a tener problemas de adicción cuando ya habían logrado un grado aceptable de integración social.

...personas que quizás han comenzado a consumir en una época de su vida y al llegar a una edad adulta es cuando caen en la adicción...y entonces hacen crack... 1

...hay que pensar que, por ejemplo, en nuestro centro más de la mitad están trabajando cuando acuden... 2

...personas que normalmente tienen un trabajo, y tienen unos horarios y disponen de un dinero... 1

²⁸ Los programas de prevención selectiva se dirigen a poblaciones especialmente afectadas por factores de riesgo para el uso problemático de drogas. Los programas de prevención indicada desarrollan actuaciones intensivas e individualizadas con sujetos (y su entorno) que se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad ante el uso problemático de drogas.

En ese sentido, y como ya señalamos en otro apartado, alguna de las personas entrevistadas señalaba la necesidad de enfocar la incorporación social de una manera distinta en estos casos.

...el tratamiento de incorporación social de esas personas pues no tiene que ser tanto formativo, sino de recuperar las habilidades, que las han tenido. 2

Estas personas acuden a tratamiento cuando ha surgido algún tipo de crisis que ha provocado el desmoronamiento de su vida cotidiana, por lo que de nuevo la intervención precoz se ve dificultada.

Cuando hay un descalabro ya económico, o una situación judicial o familiar extrema, es cuando vienen. 1

...excepto cuando ya aparece un brote psicótico, una situación claramente paranoica. Entonces ya, dices ¿qué es esto?, que a mis amigos no les ha pasado pero a mí sí. 1

En estos casos, la detección precoz y la motivación hacia el tratamiento se convierten en elementos clave. Como decía al referirme a las personas con adicción al alcohol, el papel de la atención primaria de salud y de los servicios de salud laboral puede ser especialmente relevante. Asimismo, es fundamental la coordinación con otros espacios en los que se atienden síntomas o episodios vinculados con la adicción: los servicios sociales, el sistema judicial, los servicios de salud mental o los centros hospitalarios.

○ Poblaciones con necesidades especiales.

En el ámbito de la prostitución se ha producido una importante transformación en el tipo de presencia del consumo de drogas. En la década de los 80 y buena parte de los 90 la prostitución era, en gran parte, un medio para que personas que ya tenían una dependencia previa consiguieran ingresos económicos. Sin embargo, en la actualidad, las personas entrevistadas observan una importante irrupción de la cocaína como parte de los servicios que se prestan en determinados clubes. De esta forma, algunas mujeres jóvenes comienzan a tener problemas de consumo tras iniciarse en la prostitución.

Y entonces, lo que estamos viendo en estos últimos tres, cuatro años, es que..., de una manera así más sorprendente, más alarmante, es que se dispara el consumo de

cocaína.... Lo que pasa es que ahora se conforma como una especie de forma de ocio también, pero para el cliente, que implica a la mujer en la solicitud de servicios sexuales con cocaína... Y lo que vamos viendo es que algunas mozas jóvenes aparecen por aquí como primera vez, que han llegado recientemente, te cuentan que sí, que coca en el curro y tal, y que las estás viendo a los seis meses, pues hechas polvo, muy deterioradas y muy enganchadas.... Es en los clubes donde más consumo hay. 4

En cuanto a la población drogodependiente atendida en servicios dirigidos a personas en alta exclusión, su perfil coincide lógicamente con el señalado por los y las profesionales de la red de atención al referirse a la población cronificada: policonsumo (con amplia presencia de alcoholismo), trastornos mentales,...

Y en este momento estamos con esa población que se ha reconvertido básicamente en alcohólica cronificada... Y caracterizado, a su vez, por un policonsumo del resto de sustancias.... Vamos, suelo decir que el 95%, sino el 100% de los usuarios están con patología psiquiátrica, con contacto con salud mental.... el tema de abuso y mal uso de fármacos, unidos a los consumos de alcohol o de cualquier otra sustancia. 4

En el ámbito penitenciario se reproduce aproximadamente la multiplicidad de perfiles expuesta por los y las profesionales de la red asistencial. En las entrevistas a profesionales de este ámbito transmitieron la existencia de dos grandes grupos:

- “*Drogodependientes clásicos*”. Más de 40 años; politoxicómanos; muy deteriorados física y psíquicamente, con gran presencia de patología mental asociada y enfermedades infecciosas; usuarios del programa de metadona en su mayoría; muy vinculados a los servicios sociosanitarios; pensionistas en muchos casos; mayor presencia de medidas de seguridad²⁹; suelen utilizar más las comunidades terapéuticas; representan entre el 30 y el 40% de la población drogodependiente penitenciaria.
- “*Nuevos drogodependientes*”. De entre 25 y 30 años; mayor uso de drogas estimulantes; amplia presencia también de trastornos mentales asociados; suelen iniciar tratamiento tras la medida penal; mayor presencia de suspensiones condicionales de pena; utilizan más los recursos ambulatorios; representan el resto de la población drogodependiente penitenciaria.

²⁹ En el apartado 3.4.2. se definirán todos estos conceptos específicos del ámbito jurídico-penitenciario: medidas de seguridad, suspensiones condicionales de pena, etc.

A diferencia de la población atendida en la red asistencial, entre la población penitenciaria se detecta una mayor presencia de personas inmigrantes (en torno al 30% según las personas entrevistadas).

3.2.5. Una realidad cada vez más heterogénea: a modo de síntesis y conclusión.

Durante el periodo de vigencia del I Plan Foral de Drogodependencias, los niveles de consumo de drogas se han mantenido elevados, aunque a partir del año 2007 se ha registrado una tendencia a la estabilización e incluso al descenso moderado. Esta tendencia también es observada en los datos referidos al conjunto del Estado Español.

El modelo de consumo de drogas detectado en Navarra es asimilable al observado en el conjunto del Estado y, en general, en Europa. Sus principales características son las siguientes:

- Los mayores porcentajes de consumo se dan en el tabaco y el alcohol. Asimismo, estas sustancias legales siguen siendo el principal problema de morbi-mortalidad relacionado con el uso de drogas. En cuanto a las drogas ilegales, la más consumida es el cannabis.
- El patrón de policonsumo incrementa su presencia.
- Aparición de nuevos modelos de consumo muy vinculados con los espacios de ocio y compatibilizados con unos estilos de vida más integrados.
- Modelos de consumo episódicos, pero intensos (“*binge drinking*”, “atracones”).
- Incorporación de las mujeres a los nuevos modelos de consumo. Esta equiparación de género es especialmente clara en el caso del tabaco y el alcohol, pero en las drogas ilegales aún se observa un mayor porcentaje de consumidores entre los varones.

En Navarra, el número de personas atendidas en el Programa de Drogodependencias de Salud Mental ha seguido una evolución estable a lo largo de los años de desarrollo del I Plan Foral de Drogodependencias. Esta estabilización tiene que

ver con que los recursos disponibles apenas han sido incrementados (como veremos en el apartado 3.8.), pero también con la insuficiente capacidad del subsistema de atención a las drogodependencias para acceder a nuevos perfiles que cuentan con características y necesidades cada vez más diversificadas.

El porcentaje de personas que demandan tratamiento por consumo de opiáceos ha ido descendiendo, especialmente si consideramos únicamente los casos que acuden por primera vez. Sin embargo, en la Red se mantiene un núcleo importante de personas que iniciaron su contacto por dependencia a opiáceos hace muchos años (porcentaje únicamente superado por las personas que acuden a tratamiento por consumo de alcohol). Es preciso que el subsistema de atención a las drogodependencias ponga en marcha nuevas estrategias, relacionadas con un tipo de atención sociosanitaria de proximidad³⁰, que eviten la situación de cronificación en la exclusión que sufren muchas de estas personas.

Según la percepción de los y las profesionales de la red de tratamiento, se observa un importante aumento en la heterogeneidad de los perfiles atendidos. La diversa caracterización de la población atendida evidencia la necesidad de poner en marcha un sistema de tratamiento integral y flexible. Asimismo, es fundamental que el subsistema de atención a las drogodependencias incremente sus capacidades para la gestión de redes de atención sociosanitaria³¹, imprescindibles para poder desarrollar actuaciones de detección precoz, de motivación hacia el tratamiento y de atención simultánea a otras problemáticas asociadas a la dependencia.

³⁰ Me referiré a ellas en el apartado 4.6.3.

³¹ Profundizaremos sobre este concepto en el apartado 5.1.7.

3.3. LA EVOLUCIÓN DE LOS VALORES SOCIOCULTURALES.

Según el modelo de las coaliciones promotoras, aportado por Sabatier (citado por Martín, 2011), los valores socioculturales son uno de los elementos que conforman el marco, relativamente estable, de un subsistema de políticas públicas. Forman parte de la estructura, del contexto en el que se desenvuelve el subsistema. Por lo tanto, los valores socioculturales influyen claramente en su construcción, en sus características, en su evolución y en el comportamiento de los diferentes agentes que lo constituyen.

Para analizar la evolución en los valores socioculturales, y su influencia en la construcción del subsistema de políticas ante las drogodependencias, en este apartado utilizaré como referencia estudios de ámbito europeo, estatal y local, que aportan claves relevantes para entender el periodo de análisis de esta tesis.

3.3.1. La sociedad navarra en el contexto de la redefinición de los valores de la sociedad española y europea.

La sociedad navarra no ha sido ajena a la redefinición de valores que se ha producido en la sociedad española y europea durante los últimos veinte años. Por ello, en este apartado utilizaré como referencia un estudio longitudinal que se realiza en Europa desde el año 1981 y que cuenta con un análisis específico para el caso del Estado Español. Finalmente, concluiré el apartado con el análisis de algunos datos procedentes de dos estudios sobre juventud realizados en Navarra.

En cuanto al ámbito europeo, las encuestas realizadas en el marco del *European Values Study* (Kerkhofs, 2005) probablemente constituyen el mejor instrumento para poder conocer la evolución de los valores entre la ciudadanía europea. Un equipo de profesionales coordinados desde la Universidad de Lovaina por Jan Kerkhofs lo llevan a cabo desde el año 1981, facilitando el análisis de los elementos esenciales y los cambios ocurridos en estos años. Estos investigadores afirman que, a pesar de la diversidad europea, sí puede hablarse de dos grandes tendencias compartidas en casi

todos los países: la individualización progresiva y la secularización cada vez más generalizada. Además, son tendencias transversales que atraviesan los principales ámbitos de la sociedad: la familia, el trabajo, la ética, la religión.

En el caso del Estado Español, la encuesta sobre valores es coordinada, desde la Universidad de Deusto, por Javier Elzo (2009). Una de las herramientas que utilizan para profundizar en los referentes éticos de la población española consiste en analizar en qué medida la ciudadanía justifica determinados comportamientos.

Justificación de comportamientos por la población española, 2008 (escala de 1 a 10).

Comportamientos claramente justificados (más de 6 puntos):	
Inseminación artificial o fecundación in-vitro	7,23
Divorcio	6,96
Homosexualidad	6,08
Eutanasia pasiva	6,08
Comportamientos casi justificados (en torno a 5 puntos):	
Aborto	4,92
Relación sexual casual	4,79
Comportamientos escasamente justificados (entre 3 y 4 puntos):	
Pagar en efectivo para evitar pagar impuestos	3,99
Experimentos científicos con embriones	3,83
Prostitución	3,67
Mentir en interés propio	3,24
Manipulación genética de alimentos	3,03
Comportamientos poco o muy poco justificados (entre 2 y 3 puntos):	
Viajar sin pagar en un transporte público	2,99
Pena de muerte	2,99
Reclamar beneficios al Estado a los que uno no tiene derecho	2,70
Suicidio	2,61
Tomar droga, marihuana o hachís	2,58
Engañar en el pago de impuestos si puede	2,47
Aventura extramatrimonial	2,30
Comportamiento rechazado (entre 1 y 2 puntos):	
Coger y conducir el coche de un desconocido	1,54

Fuente: J. Elzo. Permanencia y evolución de valores en España 1981-2008.

Como una de las principales conclusiones que se pueden extraer tras el análisis de esta tabla, se observa que las conductas que tienen una dimensión más privada, que se sitúan en el entorno más cercano del sujeto, son las que reciben un mayor grado de justificación. En una escala de 1 a 10, una cuestión como la fecundación *in vitro* se sitúa como la más apoyada con un 7,23, pero otras conductas como el divorcio, la

homosexualidad, o la eutanasia pasiva son también claramente justificadas con puntuaciones superiores al 6. En una posición media-alta del listado, en torno al 5, aparecen conductas como el aborto o las relaciones sexuales casuales, que también se situarían en el ámbito de lo personal. En cambio, son comportamientos escasamente justificados, con puntuaciones inferiores al 4, aquellos que tienen una mayor repercusión en el ámbito público y relacionados con la moral ciudadana (como el evitar pagar impuestos, mentir para sacar provecho o la manipulación genética de los alimentos) y, especialmente, con interrumpir la vida en personas adultas (suicidio, pena de muerte).

Una lectura de la evolución de dichos valores desde 1981 hasta ahora permite constatar esa significativa relación de las posturas con el ámbito en el que se produce la conducta y no tanto con la potencial gravedad: las diferentes conductas sexuales o en relación con matrimonio/divorcio son altamente tolerados salvo si se trata de una aventura extramatrimonial (puntuada con un 2,3); algunos de los temas relacionados con la moral cívica son notablemente más reprobados, aunque sea viajar sin pagar en el autobús; o, en el caso de la utilización de la biotecnología, si es en el ámbito privado (fecundación *in vitro*) goza del mayor apoyo, mientras que tienen muy baja justificación la manipulación genética de alimentos o la experimentación con embriones.

Asimismo, en el sondeo del año 2008 algunas de las tomas de postura más relevantes ponen de manifiesto:

- La creciente importancia que la sociedad española concede al tiempo libre.
- El continuo descenso de la valoración de los asuntos relacionados con la religión.
- Una postura ambivalente ante la inmigración, no discriminando al que ya está pero pidiendo que se regulen nuevas incorporaciones.
- Un rechazo cada vez mayor a la discriminación por sexos.
- También una ambivalencia entre un individualismo cada vez más fuerte, pero al mismo tiempo una exigencia de que lo institucional esté como respaldo.

- Y una creciente despreocupación por los demás salvo que estén en el círculo de los próximos.

En definitiva: lo relacionado con la familia o la religión pasa a situarse en el ámbito de lo privado; la dimensión del trabajo o de lo político se sitúa en lo público, pero desde un punto de vista utilitarista más que ideológico; en tanto que lo que ocupa un espacio central son las amistades y el tiempo libre como estrategia de búsqueda del bienestar (situándose las drogas, en este contexto, en un lugar relacionado con el ocio y con la interacción grupal).

Según el análisis realizado por Javier Elzo al desagregar los datos para la población joven, se puede concluir que apenas existe hueco generacional en la estructura de valores en los que se apoyan jóvenes y adultos, más allá de que algunas cuestiones puntuales puedan ser diferentes. En este sentido, los valores morales más apoyados son los que están insertos en el ámbito de la vida privada y los más rechazados son aquellos que tienen que ver con comportamientos violentos, o relacionados con la ética civil y la moral pública. Como vemos, bastante consistente con lo visto para la población adulta. En todo caso, progresivamente, a medida que se hacen las distintas encuestas, aumenta notablemente la tolerancia en relación con el cumplimiento de normas, siendo ésta sensiblemente más elevada que la que se observa en el resto de los y las jóvenes de Europa. Entre las prioridades vitales destacan aquellas más relacionadas con lo cercano, con lo próximo: la familia, las amistades, la salud, ligado por una parte con un planteamiento claramente individualista, pero también desde una apuesta por el bienestar y la seguridad emocional. Lo que menos atractivo resulta tiene que ver con lo ideológico: los temas políticos y los religiosos. Sin embargo aumenta sensiblemente la intolerancia respecto a “los otros” diferentes: el orden del ranking apenas se mueve y a quien menos se aceptaría como vecino o vecina sería a “miembros de ETA”, “personas de extrema derecha”, “*skinheads*” o “musulmanes radicales”, pero crece de manera significativa en los últimos años el porcentaje de rechazo a “drogadictos”, “okupas”, “inmigrantes” o “personas con antecedentes penales”. Por otro lado, si bien vivimos tiempos de pertenencias múltiples, cobran cada vez más influencia los sentimientos localistas, en el sentido literal de identificarse especialmente con el barrio o con el pueblo propio, al igual que también aumenta la identificación con la comunidad autónoma, algo similar como decía al inicio a lo que ocurre en la población general.

En el caso de Navarra, y también refiriéndome a la juventud, disponemos de 2 encuestas de gran calado: Juventud Navarra 2003, de la Fundación Bartolomé de Carranza, e Informe de Juventud en Navarra 2004, del Gobierno de Navarra. En ambas podemos encontrar datos que confirman lo referido en el estudio de ámbito estatal y las grandes tendencias observadas en el estudio europeo. Para la juventud navarra la felicidad depende en cada vez mayor medida de normas y criterios individuales, por oposición a la definición tradicional de la misma por parte de las instancias socializadoras clásicas. Y dicha felicidad se concentra de manera muy significativa en aspectos relacionales (familia, pareja, amistades,...), mientras que las preocupaciones se diversifican, aunque el trabajo ocupa un lugar preeminente. Cada vez más ubican su identidad en lo local, en lo más próximo y cercano (el barrio, el pueblo...); al tiempo dicen no estar interesados por la política pero sí por cuestiones concretas a las que están dispuestos a apoyar. Finalmente, aunque la mayoría se declaran católicos, la religión pierde progresivamente espacio, especialmente desde una perspectiva institucional.

3.3.2. Valores socioculturales y evolución del fenómeno de las drogodependencias: de “problema social” a “asunto privado”.

Los cambios experimentados por nuestra sociedad en las últimas décadas han sido espectaculares, y también en el ámbito de los valores. La tendencia ha sido similar a la observada en Europa, aunque en nuestro caso la evolución se ha producido en un espacio de tiempo mucho más breve. El fenómeno de las drogas no ha sido ajeno a estas transformaciones y durante este tiempo se ha convertido tanto en un síntoma como en un factor constitutivo de tales cambios (Comas, 1996).

El rápido tránsito de una sociedad de valores tradicionales a una sociedad consumista y progresivamente individualizada ha situado a las drogas como un producto más de consumo, alejado de connotaciones contraculturales o de rebeldía. En ese contexto, el policonsumo aparece como una respuesta adaptada en el marco de una cultura consumista que tiende a buscar y combinar los productos que respondan a cada necesidad, situación y momento. Además, en el marco del modelo de “consumo recreativo” al que me referí en el apartado 3.2., el consumo de drogas pasa a situarse en

un espacio nuclear dentro del esquema valorativo preponderante en la actualidad: el espacio del ocio y de las relaciones grupales de amistad.

Como se ha referido en el apartado anterior, en nuestra sociedad se detecta la tendencia a una mejor valoración o aprobación social de las conductas privadas frente a las conductas que tienen una mayor repercusión en el ámbito público. Por ello, puede resultarnos útil analizar la evolución en el caso del consumo de drogas, una conducta que ha evolucionado desde ser percibida como fundamentalmente pública (al pesar en el análisis social más determinadas consecuencias del consumo que el propio consumo) hasta ser cada vez más valorada como privada. En el estudio dirigido por Javier Elzo, y ya mencionado en el apartado anterior, se observa que, si bien siempre se ha mantenido una baja justificación o aprobación social del consumo de drogas, ha subido la tolerancia hacia el mismo desde el 1,72 en los años 80 hasta un 2,58 en el año 2008. Es interesante analizar su relación con la propia evolución del fenómeno:

- Sufre un fuerte rechazo con la alarma social de los primeros ochenta, en la que estaba muy presente la vinculación entre consumo de drogas (comportamiento privado) y delincuencia juvenil urbana (consecuencia pública).
- Se acentúa con la aparición del SIDA, que era percibida como otra de las consecuencias que el comportamiento privado del consumo de drogas provocaba en la sociedad.
- Aumenta su justificación o aprobación social cuando se normaliza la respuesta institucional en la década de los noventa y disminuye la relación entre consumo de drogas y delincuencia juvenil urbana.
- Sigue aumentando la justificación o aprobación social cuando la alarma social se reduce, aunque se siga consumiendo en niveles similares, tal y como hemos visto en el apartado anterior.

En el apartado 3.2. veíamos cómo, desde la percepción de los y las profesionales entrevistados, se destaca la presencia en la red de personas que acuden a tratamiento (únicamente, o también) por factores distintos a la dependencia: enfermedad mental, problemática jurídico-penal, exclusión social, etc. Asimismo, insistía en la necesidad de incrementar el trabajo en red con otros recursos no específicos, con los que se puede abordar la detección precoz, la motivación hacia el tratamiento y la atención simultánea

de otras problemáticas asociadas a la dependencia. Es posible que varios factores relacionados con los valores (mayor aprobación social del consumo, al ser percibido como una conducta privada; vinculación del consumo con aspectos muy valorados en la sociedad actual, como son el ocio y las relaciones grupales de amistad; y la reducción en la alarma social) puedan influir en que esta tendencia se incremente. Es decir, que cada vez sea más difícil que una persona (y también su entorno) identifiquen el consumo de drogas como un problema, sino que únicamente recurran a ayudas externas cuando identifiquen otro tipo de síntoma o problemática más o menos directamente asociada con la dependencia. En ese sentido, la necesidad de un abordaje sociosanitario, que implique a otros recursos y sistemas, también se ve reforzada tras el análisis de la evolución en los valores socioculturales.

Asimismo, la tendencia a la consideración del consumo de drogas como un comportamiento privado menos estigmatizado, así como la paulatina secularización e individualización de nuestra sociedad, han posibilitado que se rebaje el tono moral en el abordaje y la reflexión en torno a este fenómeno. De esta manera, el modelo de disminución de riesgos y reducción de daños pudo abrirse camino a partir de la primera mitad de la década de los noventa, aunque también es cierto que empujado en gran parte por la irrupción del VIH-SIDA y su dramática repercusión en el colectivo de usuarios de drogas por vía parenteral³².

Finalmente, es interesante analizar cómo la evolución en la valoración de lo público y de lo colectivo puede tener su traslación a los cambios acaecidos en las respuestas sociales y públicas ante el fenómeno de las drogodependencias. Como se viene señalando en esta tesis, en la sociedad española se observa una clara tendencia hacia la individualización, hacia la preocupación por uno mismo y por el entorno más próximo. Sin embargo, al mismo tiempo, se exige que las instituciones públicas (percibidas cada vez más como ajenas, como “el otro”) respondan y solucionen los problemas (para “que yo” no me tenga que preocupar por solucionarlos, podríamos decir). En el caso de las respuestas ante las drogodependencias, en nuestro contexto se ha observado una evolución similar. A principios de la década de los 80 las principales

³² Analizaremos esta cuestión en los apartados 3.7, 3.8. y 3.9.

alternativas fueron puestas en marcha por asociaciones ciudadanas. Asimismo, durante esa década, y parte de la siguiente, existió un movimiento ciudadano “de lucha contra las drogas” que se constituyó como impulsor, complemento y refuerzo a las respuestas institucionales. Sin embargo, sobre todo en la segunda mitad de la década de los 90, se consolidó la percepción de que “ya había una respuesta institucional suficiente”. Algunos autores hablan de esta época como la del “protagonismo profesional”³³ y el “compromiso institucional”. Sin embargo, esta percepción también produjo otro efecto muy distinto: “*la sociedad delega las respuestas en este colectivo profesional. Es decir, si había alguien que se ocupaba del tema, y además lo hacía bien, ya estaba todo dicho y hecho*” (Comas, 2005). Por ello, determinados modelos de gobernanza, como aquellos que promueven la participación social en las tareas de gobierno de los sistemas públicos, resultan especialmente adecuados para el caso del subsistema de las políticas ante las drogodependencias³⁴.

³³ Tanto en los servicios públicos como en las ONG,s herederas del movimiento social surgido en los años 80, que caminaron rápidamente hacia la profesionalización.

³⁴ Abordaré esta cuestión en el apartado 5.1.

3.4. EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA LEGAL E INSTITUCIONAL.

Según Sabatier (citado por Martín, 2011), otro de los elementos que conforman el marco de un subsistema de políticas públicas está constituido por el conjunto de estructuras legales e institucionales que lo circundan. Estas estructuras (más o menos estables) definen los límites, pero también las oportunidades sobre las que el subsistema se construye y evoluciona. En este apartado trataré de describirlas, pero también comenzaré a ahondar en las propias estructuras legales e institucionales que el subsistema de las políticas sobre drogodependencias ha ido creando en ese marco.

Por las características del objeto de investigación, y aunque el caso analizado sea el de las políticas sobre drogodependencias en Navarra, debo referirme previamente a la evolución de la estructura legal e institucional en ámbitos más amplios: ámbito internacional y europeo, en primer lugar, y del Estado Español, posteriormente. Por otro lado, y aunque el periodo de análisis transcurre entre el año 1993 y el año 2009, deberé referirme también a acontecimientos ocurridos previamente, para poder entender mejor la estructura legal e institucional del periodo de análisis. Asimismo, y para ampliar la comprensión de las tendencias iniciadas entre los años 1993 y 2009, así como para mejorar la fundamentación de las propuestas que realizaré en próximos apartados, introduciré la referencia a algunos cambios legales e institucionales acaecidos después del año 2009.

3.4.1. La estructura legal e institucional en el ámbito internacional y en Europa.

El punto de arranque para una política común europea se basa en la Convención Única sobre Estupefacientes de la ONU (1961) y sus modificaciones posteriores en 1971, 1972 y 1988, que todos los países miembros de la Unión Europea han firmado y ratificado. Este tratado internacional es de gran relevancia para el desarrollo de las políticas sobre drogas en Europa y, por lo tanto, también en España. Su importancia radica en dos razones principalmente:

- La Convención inició un sistema de listados con las diferentes sustancias que eran consideradas drogas ilegales. Estos listados, según la consideración de cada tipo de sustancia incluida, cuentan con distinto nivel de fiscalización exigida a los Estados firmantes de la Convención. En el caso de la jurisprudencia española, no se cuenta con ninguna definición concreta sobre lo que se considera droga o estupefaciente, por lo que se utilizan estos listados como referencia.
- La Convención opta por una orientación “represivo-terapéutica”. Además de regular las exigencias de fiscalización en el cultivo, fabricación, posesión y uso, afirma la necesidad de poner en marcha medidas dirigidas a la rehabilitación y reinserción de las personas drogodependientes. Como veremos más adelante, esta orientación sigue siendo preponderante en la definición de los planes y las estrategias en la Unión Europea, y también en el Estado Español.

En el caso de la Unión Europea, la norma suprema que regula su estructura legal e institucional, y que define su acción, son los Tratados. Cada Tratado modifica y complementa al anterior, desde el de Roma (1957) hasta el de Lisboa (2009), pasando por el Acta Única Europea (1987), el Tratado de Maastrich (1993), el de Amsterdam (1999) y el de Niza (2003).

Los consecutivos Tratados han ido consolidando unas reglas de juego de la Unión Europea que pueden ser resumidas en dos principios: el de subsidiariedad y el de proporcionalidad. El primero implica que, en aquellos ámbitos que no sean de su competencia exclusiva, la Unión intervendrá únicamente en la medida en que los objetivos de la acción pretendida no puedan ser alcanzados de manera suficiente por parte de los Estados miembros. El segundo significa que la Unión sólo podrá intervenir si la acción pretendida no excede de lo necesario para alcanzar los objetivos de los Tratados.

En el caso concreto de las políticas sobre drogas, si bien es cierto que los países de la Unión Europea han adoptado medidas comunes en el ámbito de las drogodependencias desde mediados de la década de los años 80, es en los años 90 cuando se comienza a articular una estructura más consolidada de respuesta comunitaria. Un Plan para la lucha contra las drogas, adoptado en 1990 en Roma, y revisado en 1992 en Edimburgo, dio paso a una importante Comunicación de la Estrategias para la atención sociosanitaria. El caso de las drogodependencias en Navarra (1993-2009) 87

Comisión Europea en 1994, tras la creación en 1993 del Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías en Lisboa y la Unidad de Drogas de Europol en 1994. Todo ello preparó la aprobación de la primera Estrategia Europea sobre Drogas (1994-1999), adoptada en 1995. Esta Estrategia, siguiendo el modelo “represivo-terapéutico” marcado por la Convención de la ONU, promovía la cooperación entre los Estados Miembros con el objetivo de reducir conjuntamente la demanda y la oferta de drogas.

La siguiente Estrategia de la Unión Europea sobre las Drogas (2000-2004), y el consiguiente Plan de Acción, introduce nuevas posibilidades de cooperación a nivel comunitario a la luz de las posibilidades abiertas con la adopción del Tratado de Amsterdam en 1999, tomando como uno de sus objetivos centrales la reducción de la prevalencia del uso de drogas y de la incorporación de nuevos consumidores, especialmente entre los y las menores de 18 años.

En diciembre de 2004, formando parte fundamental del programa plurianual “Programa de La Haya para reforzar la libertad, la seguridad y la justicia en la UE”, se aprueba la Estrategia Europea sobre Drogas (2005-2012). En ella se afirma que, de acuerdo con el marco legal actual (Tratados CE y UE), los Estados miembros son los actores principales en el ámbito de las drogas, y la normativa relacionada es una materia de competencia nacional, si bien a un tiempo se reconoce la necesidad de abordar estas cuestiones a nivel de la Unión Europea, especialmente en los ámbitos de la justicia y asuntos de interior, y de la salud pública. Una vez establecido el marco, los objetivos y las prioridades, su implementación se articula en dos consecutivos Planes de Acción: 2005-2008 y 2009-2012.

Esta tercera Estrategia de nuevo se desarrolla en torno a las dos dimensiones de la reducción de la demanda y la reducción de la oferta. Estas dos dimensiones se ven complementadas con tres ejes transversales:

- Coordinación.
- Cooperación internacional.
- Información, investigación y evaluación.

Las medidas se concretan en los Planes de Acción como instrumentos de coordinación no vinculantes para los Estados miembros, que pueden aplicar libremente sus fines y objetivos, y un número muy limitado de acciones se aplican mediante actividades de la Comisión. Por tanto, las medidas son, básicamente, de actuación indirecta, con el objetivo último de influir en las acciones que se desarrollen en el nivel nacional.

Durante el proceso de redacción definitiva de esta tesis, la Unión Europea acaba de aprobar una nueva Estrategia Europea sobre Drogas (2013-2020).

3.4.2. La estructura legal e institucional en el Estado Español.

○ **Los inicios de la respuesta**

Hasta los años 60 en el Estado Español apenas existe preocupación social con las drogas. Los problemas ligados al consumo de alcohol, en lo referido a los aspectos sanitarios, son abordados desde las instituciones psiquiátricas, y no se identifican con él otro tipo de consecuencias sociales (violencia de género, absentismo, etc.). En los primeros años 70 algo comienza a moverse en la percepción social: algunas personas han oído hablar de “la droga”, que se relaciona con modas del extranjero,... En el año 1973 una Comisión Interministerial creada *ad-hoc* declaraba en su informe que el problema principal es el consumo de alcohol y que no se disponía de datos sobre consumo de drogas ilegales, si bien se hacía referencia a ciertos consumos de anfetaminas y a la desinformación que existía entre la población y entre los y las profesionales.

Los consumos siguen creciendo en la sombra y en el año 1978 se crea una Comisión Interministerial Permanente con el objetivo de coordinar las acciones de los diferentes Ministerios en este ámbito. Los primeros datos sistematizados aparecen en la encuesta de CIDUR/EDIS en el año 1979 y comienzan a dispararse las alarmas ante la extensión de ciertos consumos y la ausencia de medidas institucionales para abordarlos. Se hace visible el inicio de la “epidemia de heroína” y sus consumos problemáticos, que

en un primer momento fueron atendidos desde las redes de salud mental y los y las profesionales que atendían el alcoholismo.

A nivel institucional los primeros en intentar dar respuesta, a comienzos de la década de los 80, son algunos grandes ayuntamientos que crean recursos específicos para abordar una situación que se estaba haciendo especialmente evidente en las ciudades. A nivel autonómico, en el año 1982 se crea el DAK (centro coordinador de drogodependencias) en el Gobierno Vasco, así como un Grupo de Trabajo en la Generalitat de Cataluña. Entre tanto, los consumos crecen de manera notable y la sociedad empieza a percibir de manera cada vez más intensa las consecuencias de la extensión y problematización de dichos consumos, especialmente de heroína, y su reflejo angustioso en lo relacionado con la seguridad ciudadana.

○ **El Plan Nacional sobre Drogas**

En ese contexto de alarma social, concretamente en el año 1985, se aprueba por unanimidad en las Cortes el Plan Nacional sobre Drogas, una iniciativa que surge de manera consensuada, no sólo entre los grupos políticos, sino que incluye a diferentes administraciones públicas, los movimientos sociales y los y las profesionales de la intervención. En ese sentido, se puede decir que supone una experiencia pionera en cuanto a gobernanza participativa en el diseño de políticas públicas. Los objetivos, según declara el propio Plan, son:

- Reducir la oferta y la demanda.
- Reducir la inseguridad ciudadana.
- Ofertar una red pública de servicios.
- Fomentar la coordinación y la complementariedad entre las administraciones públicas y la iniciativa social.

En el mismo año se crea como estructura de apoyo la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, adscrita al Ministerio de Sanidad, con rango de Secretaría de Estado. Esta estructura ha ido cambiando de dependencia ministerial en

función de las prioridades y de las competencias asignadas. Así, por ejemplo, en el año 1993 pasa al Ministerio de Justicia e Interior³⁵ y se incorporan a sus funciones la coordinación del control de la oferta y de las acciones jurídico-policiales para llevarlo a cabo. En el año 2004, la Delegación vuelve al Ministerio de Sanidad y Consumo, ahora ya con rango de Dirección General, y las funciones de control de la oferta y similares quedan asignadas al Ministerio de Interior.

Los contenidos y desarrollo del Plan van a estar muy determinados por el reparto competencial establecido por la Constitución. Así, la carta magna del Estado Español recoge que las comunidades autónomas podrán asumir competencias de gran importancia en el ámbito de las drogodependencias: sanidad, servicios sociales, educación. Por su parte, el Estado se reserva la competencia exclusiva en sanidad exterior y la potestad para definir las bases y la coordinación en sanidad, así como para establecer la legislación sobre productos farmacéuticos. En relación con el control de la oferta, el Estado tiene las principales competencias (cooperación internacional en el control de la oferta; legislación mercantil, penal, procesal y penitenciaria; seguridad pública), aunque se contempla también la participación de las comunidades autónomas en estas materias, por lo que se insiste en la necesaria cooperación institucional. Por todo ello, las medidas que contiene el Plan no son muy explícitas, pero casi la mitad del texto se dedica a organizar la coordinación como el elemento nuclear de cara a constituir el marco de referencia de las diferentes iniciativas.

La puesta en marcha del Plan coincidió con el inicio del periodo de desarrollo más intenso del Estado de las Autonomías. Por ello, desde su puesta en marcha se establecieron sendos mecanismos de coordinación entre las administraciones central y autonómica: la Conferencia Sectorial y la Comisión Interautonómica, según el nivel institucional de los integrantes.

En el año 2000, y siguiendo la metodología planteada desde la Unión Europea, se aprobó la primera Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008), con sus consiguientes planes de acción cuatrianuales. A diferencia del proceso para la elaboración del Plan Nacional sobre Drogas, y teniendo en cuenta que en este momento

³⁵ En el mismo año 1993 tuvo una breve adscripción al Ministerio de Asuntos Sociales.

ya se habían ido transfiriendo al ámbito autonómico competencias centrales para el desarrollo de las políticas sobre drogas, las Comunidades Autónomas jugaron un protagonismo muy evidente en la elaboración del nuevo marco.

En febrero del año 2009 se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, y recientemente se puso en marcha el segundo Plan de Acción 2013-2016, que desarrolla de manera operativa la Estrategia.

○ **Los Planes Autonómicos**

Los primeros pasos de la intervención autonómica en drogas estuvieron marcados por cierta confusión en la ubicación institucional, consecuencia en parte del origen de la financiación. Antes de la aprobación del PNSD, los escasos fondos autonómicos para drogodependencias procedían de las transferencias del FAS, por lo que dependían del sector de los servicios sociales y no del sanitario. Fundamentalmente iban destinados a la subvención de asociaciones sin ánimo de lucro. Posteriormente, una vez aprobado el Plan, y hasta el año 1987, la financiación de las comunidades autónomas siguió procediendo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, aunque la Delegación del Gobierno para el PNSD estuviera ubicada en el Ministerio de Sanidad. Además, la financiación venía condicionada a que fuesen ayuntamientos los titulares de los servicios asistenciales. Según Manuel Araujo *“Esto explica por qué los municipios se implicaron desde el origen del Plan en la prestación de servicios asistenciales. Y también produjo complicaciones derivadas de que si los recursos pertenecían al sector de los servicios sociales no se entendía que los centros de tratamiento tuviesen que tener profesionales sanitarios como médicos o personal de enfermería”* (Araujo, 2002).

En el año 1985, en el momento de aprobación del PNSD, la situación en las administraciones autonómicas era precaria. Solamente existía un Plan a escala autonómica, en el País Vasco. Todavía el nivel de competencias asumidas era escaso y la experiencia de gestión no era elevada, aunque había un fuerte deseo de asumir transferencias y recursos para lo que la aprobación del PNSD significaba una oportunidad.

La primera etapa en el desarrollo de los Planes Autonómicos sobre Drogas (PAD) estuvo presidida más por la gestión que por la coordinación. Varios factores explican esta realidad: la urgencia por la creación de recursos asistenciales, la ya citada escasez de competencias, el origen de los fondos que en su mayor parte proceden de transferencias finalistas desde la Administración Central, o la bisoñez de las estructuras administrativas de los PAD y su falta de práctica en la coordinación horizontal a nivel autonómico.

Su desarrollo es vertiginoso, y a medida que se solucionan las dificultades mencionadas (aumento de las transferencias en áreas centrales para la intervención en drogas, consolidación de las administraciones autonómicas, presupuestos estables,...) se crean orgánicamente los respectivos Planes Autonómicos e incluso se van creando Leyes Autonómicas sobre Drogas en la mayoría de las Comunidades. Para la fecha de inicio de la primera Estrategia Nacional sobre Drogas (año 2000) todas las Comunidades Autónomas contaban con su propio PAD.

Elaboración de Documentos de Planificación y de Leyes integrales sobre drogodependencias en las Comunidades Autónomas.

CC.AA	Aprobación primer PAD	Plan en vigor	Ley vigente
Andalucía	1985	2001-2007	Ley 4/97
Aragón	2002	2010-2016	Ley 3/2001
Asturias	1985	2010-2016	(*)
Baleares	1999	2007-2011	Ley 4/05
Canarias	1995	2010-2017	Ley 9/98
Cantabria	1987	2009-2013	Ley 5/97
Castilla y León	1988	2009-2013	Ley 3/94
Castilla-La Mancha	1987	2006-2010	Ley 15/02
Cataluña	1999	2002-2004 ³⁶	Ley 20/85 (completada por 10/91; 8/98; 1/02)
C. Valenciana	1999	2011-2015	Ley 3/97
Extremadura	1992	2008-2012	Ley 1/99
Galicia	1986	2011-2013	Ley 2/96
Madrid	1985	2006-2009	Ley 5/02
Murcia	1998	2007-2010	Ley 6/97
Navarra	1986	2012-2016 ³⁷	(*)
Pais Vasco	1990	2004-2008	Ley 15/98 y Ley 18/98
La Rioja	1986	1997	Ley 5/01

(*) No disponen de una legislación integral en materia de drogodependencias, pero si de normativa variada referida al consumo venta y publicidad de tabaco y alcohol.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información electrónica disponible de los diferentes PAD

³⁶ Posteriormente se integra en el marco del Plan de salud mental y adicciones.

³⁷ Tras la finalización del PFD (1993-2009) hubo varios años en los que no existía ningún plan formalmente aprobado. El nuevo PFD (2012-2016) fue aprobado por el Parlamento de Navarra en febrero de 2013.

Para la fecha de inicio de la segunda Estrategia (año 2009) un número importante de Comunidades Autónomas contaban con un nuevo Plan actualizado y aprobado (o, al menos, en proceso de aprobación). En su redacción, y/o en su posterior desarrollo, se observa el mantenimiento de algunas tendencias ya incorporadas en los planes anteriores, el reforzamiento de otras y la aparición de nuevas orientaciones que podrían definir el futuro de las políticas sobre drogodependencias, sobre todo en el ámbito de la gobernanza del subsistema. A continuación haré referencia a todas ellas:

- Se mantiene la importancia atribuida a la coordinación interdepartamental e intersectorial, con la presencia de organismos como las comisiones interdepartamentales o los consejos asesores.
- Aunque los contenidos de los planes atañen a todos los departamentos gubernamentales, mayoritariamente están adscritos a las consejerías con competencias en salud. Esta tendencia se ha incrementado respecto a los planes anteriores. No obstante, se mantienen algunos casos de adscripción al sistema social, como por ejemplo Castilla-León (Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades) o Andalucía (Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias).
- En cuanto a la coordinación de los Planes, se atisba el inicio de una tendencia hacia la desaparición de los organismos específicamente dedicados a esa labor (comisionados de drogodependencias, directores de drogodependencias, etc.). La tendencia alternativa más clara consiste en incorporar las responsabilidades relacionadas con esta materia en departamentos, servicios o institutos más amplios, como por ejemplo: Instituto de Salud Pública y Dirección de Salud Mental (Navarra), Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias (Andalucía), Subdirección General de atención a la cronicidad, salud mental y drogodependencias (Comunidad Valenciana), Servicio de Salud Mental y Asistencia a Drogodependientes (Galicia).
- Los planes más recientes se adaptan, en general, a la metodología iniciada por la Unión Europea y continuada por el Estado Español: diseño de planes estratégicos que son concretados a través de planes de acción. Asimismo, se detecta una preocupación por enmarcar los objetivos y las líneas estratégicas en las referencias de las estrategias nacional y europea.

- En esa línea, se observa cierta homogeneidad en la incorporación de algunos principios muy presentes en las citadas estrategias nacional y europea: la visión de género, la eficacia y la eficiencia, la responsabilidad, la calidad o la evidencia científica. Asimismo, en general se incorpora como área de intervención la investigación, los sistemas de información y/o los observatorios de drogodependencias.
- En el área de tratamiento a drogodependientes, en la práctica totalidad de los casos se cuenta con una red de centros específicos. No obstante, todos los planes aluden a la necesaria coordinación de esos centros con las redes generales de salud mental, de salud, de servicios sociales, etc.
- A diferencia de los primeros planes, está muy presente el enfoque de reducción de daños y riesgos, tanto en los objetivos como en las áreas de actuación.
- Finalmente, en algunos planes se mantiene una definición que va más allá de los consumos de drogas y que se amplía hacia otras adicciones o consumos no mediados por sustancias: pantallas, juego, sexo, etc. Es el caso, por ejemplo, de los planes de Aragón, Extremadura o Comunidad Valenciana.

○ **Planes Municipales**

Desde el ámbito municipal se producen las primeras respuestas en el inicio de la década de los 80, fundamentalmente en los grandes municipios como Barcelona, Madrid o Valencia. La implicación local se multiplica con la aprobación del PNSD, sobre todo si tenemos en cuenta que la financiación de los recursos se dirigía directamente a ellos en la primera etapa. En estos primeros pasos no son fáciles las relaciones entre el nivel local y el autonómico, especialmente con algunos planes municipales dotados con mayores presupuestos incluso que el respectivo plan autonómico (Carrón, 2002).

Si bien cada realidad constituye un caso diferente, a medida que se consolidan los Planes Autonómicos, las relaciones se van haciendo más fluidas y los propios PAD incorporarán el impulso de la participación local como uno de sus objetivos.

Una vez superada esa primera fase de asentamiento institucional, va lográndose un cierto consenso en torno al hecho de que la prevención y la reinserción sean las áreas

centrales del ámbito local, mientras que la responsabilidad de los tratamientos recae en el ámbito autonómico. Este consenso acaba incorporándose a las propias Leyes Autonómicas y a las Estrategias Nacionales como elemento transversal.

○ **Evolución de la producción legislativa**

A comienzos de los 80 todo el bagaje legislativo relacionado con las drogas que teníamos en el Estado Español se refería a un control administrativo de los usos lícitos de drogas y a un control penal de los usos ilícitos. La regulación administrativo-legal de los aspectos preventivos o asistenciales estaba absolutamente atomizada y dispersa. La aprobación del PNSD intenta dotar de coherencia a este *corpus* e ir estableciendo una regulación ordenada, que tendrá su continuación en las Estrategias Nacionales posteriores. Desde este marco podemos observar una notable evolución de la perspectiva aplicada.

En el control de la oferta, a pesar de ser signatarios de la Convención de Viena, se mantiene la separación jurídica entre tráfico y posesión para el consumo, figura ésta última que nunca ha sido recogida en el Código Penal. Además, se produce una diferenciación entre drogas que causan o no grave daño a la salud. En cambio, se adapta la legislación para abordar con más vigor la criminalidad organizada creando una Fiscalía Especial en 1988, estructuras especializadas en las Fuerzas de Seguridad en 1993, modificando en diferentes momentos algunos artículos del Código Penal, creando un Fondo de bienes decomisados, o legislando sobre el blanqueo de capitales. En relación con las drogas legales, puede subrayarse la regulación de la venta y consumo de alcohol a menores, así como el control del alcohol en la conducción de vehículos, mientras que en el caso del tabaco hay que destacar de manera especial la regulación de su consumo en lugares públicos y en centros de trabajo desarrollada en el año 2005, y modificada posteriormente en el año 2010.

Es preciso referirse expresamente a la Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana. Esta Ley representa la respuesta represiva a la alarma social generada en los años 80 por la denominada “epidemia de la heroína” y sus consecuencias en la inseguridad ciudadana. La Ley introduce el concepto de

“delito flagrante”, por el que se autorizaba la entrada y registro en un domicilio cuando hubiera “*conocimiento fundado... que les lleva a la constancia de que se está cometiendo o se acaba de cometer alguno de los delitos que, en materia de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas castiga el Código Penal...*”³⁸. Por otro lado, tipifica el consumo en público de drogas como una infracción grave a la seguridad ciudadana, castigando estos hechos con sanciones administrativas. Esta ley, aunque no rebajó significativamente los delitos, tuvo una consecuencia muy relevante, y fue el traslado de las zonas de venta y consumo (principalmente de heroína) a entornos marginales (poblados chabolistas fundamentalmente). Este hecho contribuyó a disminuir la visibilidad de este fenómeno, con lo que se calmó la angustia social. Sin embargo, también tuvo como consecuencia el aumento en la exclusión social de la población consumidora y el empeoramiento de las condiciones en las que se consumían las drogas.

Referido a la reducción de la demanda, a pesar de aparecer menos necesitada de instrumentos jurídicos, aunque sí de decisiones políticas y administrativas, en el área de los tratamientos se articulan las normas para el desarrollo de una red de dispositivos de atención, que posteriormente se dota de criterios para su acreditación y financiación. Aunque en el año 1985 se hace una regulación restrictiva de la dispensación de metadona, la aparición del SIDA y su rápida extensión entre las personas usuarias de drogas por vía parenteral lleva a que en el año 1990 se regule la utilización de los diferentes sustitutivos y fármacos desde una óptica de reducción de daños. Asimismo, se regulan las salas de venopunción y se hacen ensayos reglamentados con heroína como tratamiento terapéutico.

A nivel autonómico, en la mayor parte de Comunidades Autónomas se han desarrollado Leyes sobre drogas y, bien en ellas o en normas más específicas, abordan asimismo la regulación del consumo y venta de alcohol y tabaco.

Capítulo aparte merece el análisis de la legislación referida al ámbito jurídico-penal, que permite el abordaje de las drogodependencias en este ámbito. La referencia para las posteriores medidas y regulaciones se encuentra en la propia Constitución de

³⁸ Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana

nuestro Estado. En su artículo 25.2. se afirma que “*Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social...*”. Para la concreción de ese principio, se han venido desarrollando diferentes medidas y regulaciones a lo largo de las últimas décadas. Teniendo en cuenta la importancia que el medio penitenciario ha tenido en el desarrollo de las políticas sobre drogodependencias³⁹, presentaré a continuación un análisis pormenorizado de esas medidas y regulaciones.

- Los GAD. En el año 1995, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias marcó su política de actuación ante las drogodependencias a través de la circular número 5. En ella se definía, como espacio para la articulación de los programas de atención a las drogodependencias en cada centro penitenciario, el denominado Grupo de Atención a Drogodependientes (GAD). Según la circular, cada GAD debe estar compuesto por responsables de las diferentes áreas del centro y por profesionales sociosanitarios de entidades ajenas a la Institución Penitenciaria.
- Actividades de tratamiento en el centro penitenciario. El Reglamento Penitenciario actualmente vigente regula este tipo de actividades. En el caso del tratamiento a drogodependientes, son de especial aplicación el artículo 115, que regula la creación de programas basados en el modelo de comunidad terapéutica, y el artículo 116, denominado “Programas de actuación especializada”. En el segundo de los artículos se afirma que todo interno drogodependiente que lo desee debe tener a su alcance la posibilidad de seguir programas de tratamiento, con independencia de su situación procesal y de sus vicisitudes penales y penitenciarias, y que la Administración Penitenciaria, en coordinación con otras administraciones públicas u otros organismos acreditados, realizará en los centros penitenciarios los programas de atención especializada en drogodependencias que precisen los internos que voluntariamente lo soliciten.

³⁹ Parte del “problema” de las drogodependencias se trasladó a partir de la década de los 80 a los centros penitenciarios. Sin embargo, y a pesar del alto porcentaje de personas drogodependientes entre la población penitenciaria, la realidad era negada y apenas se realizaban intervenciones al respecto. En la década de los 90 se incrementó la sensibilidad institucional hacia esta cuestión y, a finales de los 90, el medio penitenciario se convirtió en uno de los espacios fundamentales para el desarrollo de las políticas de drogodependencias.

- Medidas alternativas al ingreso en prisión. El Código Penal y el Reglamento Penitenciario contemplan diferentes medidas que permiten evitar el ingreso en prisión o que posibilitan la salida del centro penitenciario, en determinados casos y de manera condicionada a la realización de un tratamiento y al cumplimiento de otros requisitos. Resumiré a continuación las características de cada una de estas medidas:

- Trabajo en beneficio de la comunidad.

Según el artículo 49 del Código Penal, el trabajo en beneficio de la comunidad obliga al penado a prestar su cooperación no retribuida en determinadas actividades de utilidad pública, que podrán consistir en labores de reparación de los daños causados o de apoyo o asistencia a las víctimas. Su duración diaria no podrá exceder de ocho horas. La ejecución de la medida será desarrollada bajo el control del Juez o Jueza de Vigilancia Penitenciaria que, a tal efecto, requerirá los informes sobre el desempeño del trabajo a la administración, entidad pública o asociación en que se presten los servicios.

- Suspensión de condena.

De acuerdo con el artículo 83 del Código Penal, el Juez-Jueza o Tribunal puede suspender la ejecución de una pena condicionándola a que el reo no delinca en el plazo fijado y, si lo estima necesario, a que cumpla una serie de obligaciones o deberes. Uno de ellos puede ser la participación en programas que faciliten su rehabilitación. Los servicios correspondientes de la administración competente deben informar al Tribunal sentenciador, al menos cada tres meses, sobre la evolución de la persona penada.

De acuerdo con el artículo 87 del Código Penal, el Juez-Jueza o Tribunal podrá acordar la suspensión de las penas privativas de libertad no superiores a cinco años de los penados que hubiesen cometido el hecho delictivo a causa de su dependencia a sustancias, siempre que se certifique por centro debidamente acreditado u homologado, que el condenado se encuentra deshabitado o sometido a tratamiento para tal fin en el momento de decidir sobre la suspensión.

- Libertad condicional.

Según el artículo 90 del Código Penal, se establece la libertad condicional para aquellos sentenciados en quienes concurren las circunstancias siguientes:

- Que se encuentren en el tercer grado de tratamiento penitenciario.
- Que se hayan extinguido las tres cuartas partes de la condena impuesta.
- Que hayan observado buena conducta y tengan un pronóstico individualizado y favorable de reinserción.

El Juez o Jueza de Vigilancia Penitenciaria podrá imponerles el ingreso en centro residencial o el seguimiento de un programa ambulatorio de rehabilitación.

- Medidas de seguridad.

De acuerdo con el artículo 95 del Código Penal, el Juez-Jueza o Tribunal podrá imponer medidas de seguridad siempre que concurren las siguientes circunstancias:

- Que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito.
- Que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos.

Las medidas de seguridad pueden ser de dos tipos:

- Privativas de libertad. Por ejemplo: internamiento en centro de deshabitación.
- No privativas de libertad. Por ejemplo: El tratamiento en centro ambulatorio.

3.4.3. La estructura legal e institucional en la Comunidad Foral de Navarra.

La estructura legal e institucional de la Comunidad Foral de Navarra está definida por la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Fuero de Navarra (LORAFNA), promulgada en el año 1981. Esta Ley, reconociendo los Derechos Históricos de Navarra, incorpora algunos rasgos diferenciadores respecto a otras realidades autonómicas. Uno de los principales consiste en la capacidad recaudatoria de Navarra, que cuenta con Hacienda propia y que establece su relación económica con el Estado a través de un convenio. Por otro lado, en materia de transferencia competencial, Navarra ha sido equiparada a las denominadas “comunidades históricas”, por lo que ha estado en el grupo de las primeras comunidades que asumían la gestión en materias de gran importancia para las políticas sobre drogas, como salud, educación o justicia.

Refiriéndome específicamente a la estructura legal e institucional de las políticas sobre drogas, no es hasta el año 1973 que surge el primer germen de respuesta institucional en Navarra. Se denominó Departamento de Alcoholismo y Toxicomanías, y dependía institucionalmente de Cruz Roja, Cáritas y el Ayuntamiento de Pamplona. Estaba ubicado en la Clínica de Cruz Roja y fue uno de los servicios pioneros de la asistencia en este campo.

Sin embargo, para la aprobación del primer Plan en Navarra deberemos esperar hasta el año 1986. Dos acontecimientos influyeron en la aparición del denominado Plan de Alcoholismo y Toxicomanías (PAT):

- La aprobación del Plan Nacional sobre Drogas en el año 1985, que situó como una de sus principales líneas de trabajo el impulso de los planes autonómicos.
- La aprobación del Plan de Salud Mental de Navarra en el año 1986, que inició la reforma psiquiátrica. El PAT fue integrado en el Plan de Salud Mental.

Durante esos años se encontraba muy presente en todo el país un debate sobre el modelo de asistencia a drogodependientes. Desde unos sectores se apostaba por crear redes independientes específicas, mientras que desde otros se apostaba por las redes

asistenciales generales. Desde unos sectores se apostaba por la integración en las redes sanitarias, mientras que desde otros se apoyaba la integración en las redes de servicios sociales. En el caso de Navarra, a diferencia de la mayor parte de las comunidades autónomas, se optó decididamente por integrar la atención en la red de salud mental, aunque formalmente con la implicación paralela de los sistemas generales de atención sanitaria y social. Asimismo, se optó por la creación de determinados recursos específicos concertados, muchos de ellos aún presentes en nuestros días.

El PAT estaba estructurado en dos grandes bloques:

1. Asistencia. El denominado sistema de atención al alcoholismo y las toxicomanías se configuraba en cuatro niveles:
 - Primario (sanitario y social).
 - Especializado comunitario (integración en los centros de salud mental).
 - Hospitalización. En hospitales generales dentro de las unidades psiquiátricas y en otros servicios hospitalarios.
 - Programas de rehabilitación. Comunidades terapéuticas, programas educativos, ocupacionales.

2. Prevención.
 - Medidas encaminadas a la reducción de la oferta de drogas.
 - Educación sobre drogas.
 - Formación de profesionales.

El contexto de reforma de la salud mental, y la situación de alarma social ante la aparición de las primeras consecuencias de los consumos de heroína, promovieron que el PAT focalizara sus esfuerzos en la creación de las bases de un sistema de atención a drogodependientes, que en gran parte fueron continuadas por el posterior Plan Foral de Drogodependencias. Señalaré a continuación alguno de los principales hitos de ese proceso:

- Año 1987. Puesta en marcha de un Centro de Día para Drogodependientes en Elorz. De este centro surgió posteriormente el Hospital de Día Zuria.

- Año 1990. Ordenación de centros e inicio de las primeras experiencias de tratamiento con opiáceos, amparadas en el Real Decreto 1990 que reguló este tipo de tratamientos a nivel estatal.
- Año 1990. Decreto Foral por el que se regula la concesión de ayudas a drogodependientes para tratamiento en comunidades terapéuticas.
- Año 1991. Decreto Foral por el que se regula la acreditación de centros residenciales de atención a drogodependientes.

Aunque el PAT dedicó la mayor parte de sus esfuerzos al área asistencial, no debemos olvidar que en este contexto se iniciaron algunas experiencias preventivas de gran interés. Curiosamente, en su impulso y desarrollo tuvieron una participación fundamental varios equipos de centros de salud mental (CSM). Posteriormente, y como señalaremos al referirnos al Plan Foral de Drogodependencias (PFD), la definición de los niveles de intervención reforzó el rol asistencial de los CSM, mientras que la responsabilidad de la prevención comunitaria se situó en el ámbito de los programas municipales de drogodependencias (PMD) y las entidades sociales.

Tras ocho años de desarrollo del PAT, en el año 1993 se aprueba el denominado Plan Foral de Drogodependencias (PFD). Este Plan, elaborado con la participación de múltiples instituciones públicas y entidades sociales de Navarra, se estructuró en torno a seis programas y trece subprogramas:

1. Coordinación.
2. Asistencia e intervención comunitaria.
 - 2.1. Subprograma en centros de primer y segundo nivel.
 - 2.2. Subprograma de ingreso.
3. Intervención sobre la demanda.
 - 3.1. Información y prevención comunitaria.
 - 3.2. Prevención en grupos especiales de la población.
 - 3.3. Medio escolar.
 - 3.4. Medio laboral.
4. Control de la oferta.
 - 4.1. Policial.
 - 4.2. Judicial.

- 4.3. Normativo.
- 5. Municipal.
- 6. Sistema de información y vigilancia epidemiológica.
 - 6.1. Recogida de información.
 - 6.2. Difusión de la información.
 - 6.3. Tratamiento de la información.
 - 6.4. Estudios específicos.

En otro apartado describiré el grado de desarrollo que, durante el periodo de análisis de esta tesis, han tenido las medidas previstas por el PFD. No obstante, en estos momentos describiré, de una manera cronológica, alguno de los principales hitos históricos en el desarrollo de este Plan:

- Año 1994. Decreto Foral por el que se regulan los convenios de colaboración con comunidades terapéuticas. En él aparecen algunos elementos que aún se mantienen vigentes: el Servicio Navarro de Salud establece una ayuda económica por persona/día y la persona usuaria debe pagar el resto; para acceder a estas ayudas se exige un tiempo mínimo de dos años de empadronamiento o residencia efectiva en algún municipio de Navarra; los centros deben estar autorizados y ubicados en Navarra.
- Año 1994. El programa de mantenimiento con metadona es implantado en todos los CSM y en la Prisión Provincial de Pamplona. En el año 1995 se extiende a algunos centros de salud. En el año 1997 se amplía a las tres comunidades terapéuticas concertadas, a diferentes oficinas de farmacia y al Hospital de Día Zuria.
- Año 1995. El Comité AntiSIDA comenzó a finales de los años 80 un programa de distribución e intercambio de jeringuillas. Posteriormente este servicio es extendido a otros espacios. Así, en el año 1995 comienzan a participar diferentes oficinas de farmacia. En el año 1999 el servicio se extiende a la Prisión Provincial de Pamplona, siendo una experiencia pionera a nivel estatal.
- Año 1995. Se constituye el denominado Grupo de trabajo Jurídico-Penal. Este grupo, constituido por representantes de ambos sistemas, contribuyó a la

definición del modelo de actuación desarrollado durante todos estos años en el ámbito jurídico-penal.

- Año 1995. Se inicia una línea anual de subvenciones a proyectos de entidades sociales vinculados a los objetivos del PFD.
- Año 1995. Los programas municipales de drogodependencias (PMD), cofinanciados por el Departamento de Salud, comienzan a consolidarse como uno de los ejes fundamentales de la estrategia del PFD. De los 5 programas municipales que existían hasta entonces, herederos del periodo del PAT, se pasa en ese año a 15 y en el año 2008 se llega a 42.
- Año 1999. Se constituye el Grupo de Atención a Drogodependientes (GAD) en la Prisión Provincial de Pamplona. El equipo del Hospital de Día Zuria asume dentro de sus funciones la atención a población drogodependiente en el interior del centro penitenciario.
- En el año 2003 la Salud Mental pasa a estar adscrita a los Servicios Sociales Especializados del Servicio Navarro de Salud, y no a la Dirección de Atención Primaria como hasta entonces. Como consecuencia, las derivaciones al Programa de Drogodependencias deberán ser realizadas desde los centros de atención primaria de salud. Por lo tanto, se cierran dos vías de acceso que habían sido utilizadas hasta entonces: el acceso directo y la derivación a través de los servicios sociales municipales.

Finalmente, y aunque el periodo de análisis de esta tesis concluye en el año 2009, haré referencia a algunos acontecimientos posteriores de gran relevancia para la evolución de la estructura legal e institucional de las políticas ante las drogodependencias en Navarra.

- En el año 2009, y a iniciativa del Parlamento de Navarra, se inicia el proceso para la elaboración de un nuevo Plan Foral de Drogodependencias. Los siguientes tres años, y a pesar de existir un documento que recogía el diseño del II Plan, no hubo en Navarra ningún plan formalmente aprobado.
 - En el año 2011, en el contexto de las primeras medidas del Gobierno de Navarra dirigidas a reducir el gasto público, el Gobierno de Navarra elimina la figura de Director Técnico del Plan Foral de Drogodependencias. El resto del equipo del Plan, con funciones prioritariamente relacionadas con la prevención, fue ubicado
- Estrategias para la atención sociosanitaria. El caso de las drogodependencias en Navarra (1993-2009) 105

institucionalmente en el Instituto de Salud Pública, mientras que la responsabilidad respecto al área asistencial se mantuvo ubicada en la Dirección de Salud Mental de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Navarra⁴⁰.

- En el año 2012, el Gobierno de Navarra aprueba el Plan Estratégico de Salud Mental (2012-2016). En relación con las drogodependencias, este Plan opta por un enfoque transversal, evitando realizar referencias específicas o incorporar estrategias o procedimientos orientados expresamente a la atención de este fenómeno. Únicamente se recoge que, entre los diez programas del Plan, uno de ellos se denominará “Trastornos adictivos y patología dual”⁴¹. En cuanto a la estructura de dirección, en el organigrama de la Dirección de Salud Mental no se recoge ninguna figura que se encargue específicamente de la coordinación de la asistencia a las drogodependencias.
- En el año 2013, el Parlamento de Navarra aprueba el II Plan Foral de Drogodependencias. Sus contenidos se encuentran básicamente alineados con los recogidos en los planes autonómicos aprobados a partir de la II Estrategia Nacional sobre Drogas (año 2009)⁴²: carácter interdepartamental; coherencia con las estrategias nacional y europea; incorporación de conceptos como eficiencia, calidad o evidencia científica; y ampliación del objeto hacia otro tipo de adicciones no mediadas por sustancias. Asimismo, y aunque no aparezca recogido en el documento del Plan, en la práctica se produce un potente debilitamiento del subsistema de las políticas de drogodependencias, que se encamina hacia su incorporación como tema transversal en otras áreas más amplias: Instituto de Salud Pública, en el caso del área de prevención, y Dirección de Salud Mental, en el caso del área de tratamiento. El problema reside en que esa orientación hacia la transversalidad se está produciendo a la vez que se elimina la figura de dirección del Plan, por lo que existe un claro riesgo para la sostenibilidad del Plan y de las políticas sobre drogas en Navarra.

⁴⁰ De hecho, a partir del año 2011, las memorias del PFD ya no recogen ningún contenido relacionado con la atención a personas drogodependientes.

⁴¹ Teniendo en cuenta el incremento en la diversidad de perfiles atendidos en la red, este programa (siendo prioritario) únicamente respondería a uno de los perfiles a los que me referí en el apartado 3.2.4.2.

⁴² Ver apartado 3.4.2.

3.4.4. El debilitamiento del subsistema de las políticas sobre drogas: a modo de síntesis y conclusión.

Ámbito internacional y europeo.

En el ámbito internacional, la estructura legal e institucional se encuentra enmarcada por la Convención Única sobre Estupefacientes de la ONU, que mantiene una orientación de tipo “terapéutico-represiva”. Esta orientación sigue siendo preponderante en la definición de los planes y las estrategias en la Unión Europea, y también en el Estado Español.

En el ámbito de la Unión Europea es necesario tener en cuenta que los Tratados son la norma suprema que regula la acción política en este ámbito. La subsidiariedad y la proporcionalidad son los dos principios que definen las “reglas de juego” en el desarrollo de las políticas europeas.

Las políticas sobre drogas de la Unión Europea están definidas en las denominadas “Estrategias Europeas sobre Drogas” (se han aprobado cuatro desde el año 1995), que son concretadas a través de Planes de Acción cuatrianuales. En coherencia con los principios de subsidiariedad y proporcionalidad, los Planes de Acción no son vinculantes para los Estados Miembros y la actuación de la Comisión Europea en este terreno puede ser definida como “indirecta”, buscando influir en las acciones que se desarrollen en el nivel de cada Estado Miembro.

En la Estrategia 2005-2012, además de las dos dimensiones de reducción de la demanda (“terapéutica”) y reducción de la oferta (“represiva”), se contemplan tres ejes estratégicos, dos de los cuales veremos que están muy presentes tanto en la Estrategia Nacional como en los Planes Autonómicos: coordinación e información-investigación-evaluación.

Estado Español.

El desarrollo de las políticas estatales en el Estado Español está muy determinado por el reparto competencial establecido por la Constitución, que asigna a

las comunidades autónomas competencias de gran calado en el desarrollo del Estado del Bienestar. Por ello, muchas de las actuaciones del Estado deben estar dirigidas hacia la coordinación, la regulación y el apoyo a las administraciones autonómicas. Esta circunstancia es muy evidente en el caso de las políticas sobre drogas.

En el año 1985 las cortes aprueban el Plan Nacional sobre Drogas. Gran parte de sus contenidos versan sobre la manera de organizar un sistema de gobernanza que permita la coordinación entre los diferentes agentes implicados. Posteriormente, y siguiendo la metodología planteada desde la Unión Europea, se han aprobado dos Estrategias Nacionales (2000-08 y 2009-16), con sus respectivos Planes de Acción.

Desde la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas, y hasta la aprobación de la primera Estrategia, todas las comunidades autónomas fueron elaborando su propio Plan Autonómico sobre Drogas. En los Planes más recientes se observa un esfuerzo por enmarcar sus objetivos y estrategias en las referencias de las estrategias nacional y europea. Por otro lado, se atisba el inicio de una tendencia hacia la incorporación de los órganos de coordinación en organismos más amplios, no únicamente dedicados a las políticas sobre drogas.

En cuanto al ámbito municipal, gradualmente se ha ido consensuando que sus áreas centrales sean la prevención y la reinserción.

La producción legislativa (estatal y autonómica) ha sido muy fértil en el ámbito del control de la oferta (tanto en relación con las drogas ilegales como con las legales). A resaltar la Ley de Seguridad Ciudadana, que influyó en el desplazamiento de la venta y consumo de heroína a entornos marginales, con lo que contribuyó a reducir la alarma social a través de la menor visibilidad de esta realidad. En cuanto a la legislación sobre control de la demanda, debemos mencionar la regulación de los tratamientos con metadona (especialmente a partir de la irrupción del SIDA). Es importante señalar también la legislación en el ámbito jurídico-penitenciario, que ha permitido desarrollar los tratamientos en el interior de los centros penitenciarios y poner en marcha medidas alternativas al internamiento.

Navarra.

En el desarrollo de sus políticas sobre drogas, Navarra ha podido contar con una temprana transferencia de competencias.

La primera respuesta institucional específica fue el Plan de Alcoholismo y Toxicomanías (PAT), aprobado en el año 1986. Posteriormente, en el año 1993, fue aprobado el I Plan Foral de Drogodependencias (PFD), que continuaba en gran parte la labor iniciada por el PAT.

Desde la aprobación del PAT, y hasta la actualidad, en Navarra se ha apostado por integrar la atención a las drogodependencias en la red de salud mental, aunque también se han creado algunos centros específicos concertados.

La finalización del I PFD (año 2009) marca el inicio de un proceso de fuerte debilitamiento del subsistema de atención a las drogodependencias en Navarra. Cuando el II PFD (año 2013) es aprobado, las principales competencias respecto a la intervención ante el uso problemático de drogas han sido divididas entre el Instituto de Salud Pública (prevención) y la Dirección de Salud Mental (asistencia). Sin embargo, la medida que más compromete la sostenibilidad de las políticas sobre drogodependencias en Navarra consiste en la desaparición de la figura de Director-a del PFD (producida en el año 2011). Como veremos en el apartado 5.1.5., la viabilidad de una política intersectorial e integral (como la recogida en el PFD) no es posible sin el desarrollo de un adecuado liderazgo que pueda gestionar las redes implicadas y que favorezca la participación de los distintos agentes.

3.5. LOS CAMBIOS EN LAS CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS.

Como se viene refiriendo en esta tesis, la evolución del fenómeno del consumo de drogas, y de las respuestas institucionales para afrontarlo, no es en absoluto ajena a las transformaciones de la sociedad en la que se producen. La situación económica de una sociedad, su grado de integración social, las posibilidades que brinda para que su población pueda construir proyectos de vida autónomos, o el tipo de vínculos familiares, se constituyen en el contexto donde se produce la relación entre los individuos y las drogas, y este contexto es uno de los factores que explican las motivaciones, la funcionalidad, la valoración social y las consecuencias de ese consumo. Podríamos decir que *“la relación entre cambio social y drogas es, tan profunda, que incluso se pueden utilizar los acontecimientos relacionados con las drogas como indicadores de cambio social”* (Comas, 1999). Además, y según el modelo de análisis adoptado en este capítulo, los cambios en las condiciones socioeconómicas forman parte de los sucesos dinámicos externos al subsistema de políticas, pero que condicionan tanto su marco como su dinámica interna (Sabatier, citado por Martínón, 2011).

Como en anteriores apartados, el análisis de la evolución socioeconómica en la Comunidad Foral de Navarra estará precedido por una referencia a los cambios acontecidos en el conjunto del Estado y estará acompañado de algunos análisis comparativos respecto a la situación del contexto europeo. En cuanto al periodo temporal, el análisis concluye cuando comienzan a observarse las primeras evidencias de la crisis económica (años 2008-09), por lo que muchas de las tendencias indicadas se han incrementado en los años posteriores (especialmente las referidas al incremento del desempleo y la pobreza, por un lado, y la congelación e incluso el recorte del gasto social, por el otro).

3.5.1. Cambios socioeconómicos en el Estado Español.

Para comprender la dinámica de transformación en que se ha visto envuelta la sociedad española en los últimos cuarenta años, basta simplemente mencionar que, en este periodo, hemos pasado de una economía protegida y poco competitiva a una economía abierta e inserta en una de dimensión europea e incluso globalizada; que desde una dictadura nacional-católica hemos arribado a una democracia secularizada, homologable con el resto de las democracias occidentales; y que de una sociedad en buena parte rural se ha pasado a una básicamente metropolitana y cosmopolita. A veces, estar inserto en la vorágine de esas transformaciones no facilita el ser consciente de las mismas, pero se han producido cambios para los que otros países de nuestro entorno han necesitado períodos considerablemente más largos:

- Una transición demográfica que implica un retraso del matrimonio y la maternidad, y una drástica reducción de la natalidad, con importantes consecuencias en la conformación de la estructura social. Asistimos, asimismo, a nuevos modelos de hogares y a opciones vitales que no pasan por la propuesta familiar. La esperanza de vida, un indicador fiable de la mejora de las condiciones vitales, se incrementa hasta situarse entre las más elevadas de los países europeos.
- Tiene lugar un fuerte proceso de industrialización y una importante expansión de los servicios, lo que da lugar a un desarrollo económico sin precedentes en nuestra historia pero, eso sí, acompañado de algunas crisis notables. Todo ello produce escenarios lógicamente nuevos: emigración rural-urbana, aparición de nuevas clases medias, fuerte incorporación de la mujer al mercado laboral y los consiguientes cambios en los roles familiares, reconversiones industriales con fuertes costes sociales, entrada masiva de inmigrantes ante la expansión del empleo, lo que a su vez mejora las tasas de natalidad y el crecimiento vegetativo,...
- Un fuerte desarrollo del Estado del Bienestar, desde un modelo raquíutico y con características benéfico-asistenciales. Es el resultado de un gran pacto entre los agentes sociales y un acuerdo político para garantizar su financiación y consolidación, si bien a diferencia de otros países europeos se conforma un modelo básicamente contributivo que, en momentos de crisis como el actual,

dificulta el acceso precisamente a aquellos con mayores dificultades para cotizar y en situaciones más vulnerables (empleos precarios, jóvenes,...). En todo caso, la universalización de la sanidad, la extensión de los logros educativos, o la estabilización de un sistema público de pensiones, dan idea de los cambios producidos.

- Se consolida un sistema político basado en una democracia de corte liberal, con unas estructuras institucionales similares a los países de nuestro entorno, y organizando un marco donde dirimir algunas de las cuestiones de difícil encaje en nuestra historia política, como la cuestión territorial, la alternancia política, o la urdimbre de la religión en los procesos políticos.
- En este último sentido no sólo es que constitucionalmente se opte por un Estado aconfesional, sino que disminuye de manera notoria la presencia política y social de la Iglesia y, sobre todo, pierde una parte importante de su papel como referente moral, incluso entre sus propios fieles.
- Probablemente nos encontramos en el medio de una transición en nuestra estructura política-económica-social (y no solamente por la crisis actual) que exige una revisión de los sistemas de gobernanza construidos hasta el momento: el modelo económico-financiero está inmerso en un proceso imparable de deslocalización y globalización, las entidades institucionales subestatales y supraestatales se convierten en referente de la acción política desplazando a los Estados, instituciones socializadoras como la familia están en plena transformación,...

3.5.2. Cambios socioeconómicos en la Comunidad Foral de Navarra.

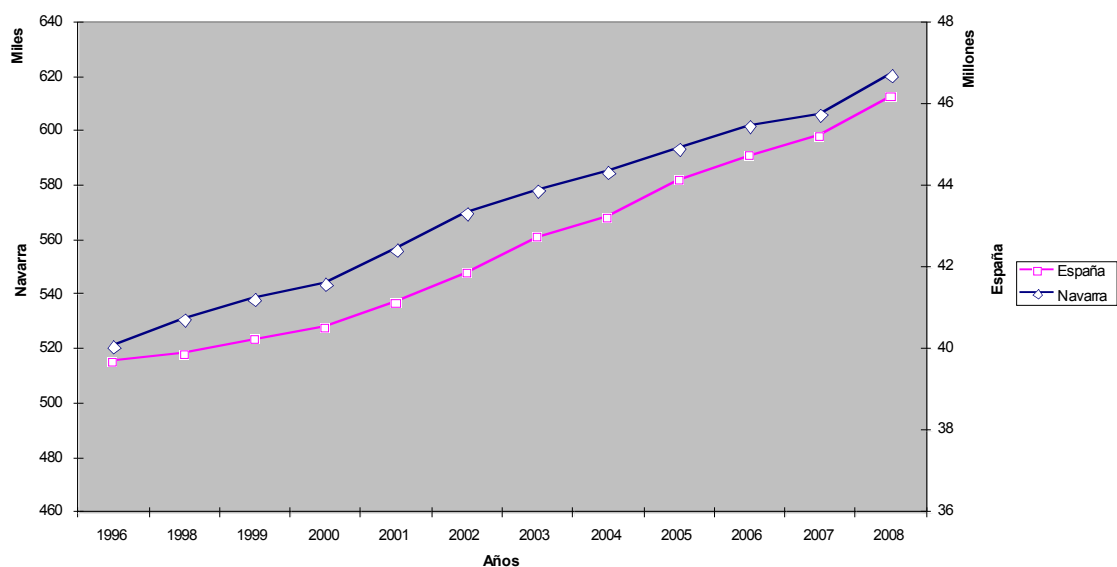
○ **Evolución demográfica**⁴³

En el año 2008 la Comunidad Foral tenía 620.377 habitantes, habiéndose incrementado desde mediados de los años 90 casi un 20% su población. Básicamente este incremento viene dado por la notable incorporación de población inmigrante, que

⁴³ Indicadores demográficos básicos para Navarra 1993-2008. Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es/FichasWeb/Welcme.do>

pasa de suponer el 1,7% de la población navarra en el año 2000, a representar un 10,7% en el año 2008.

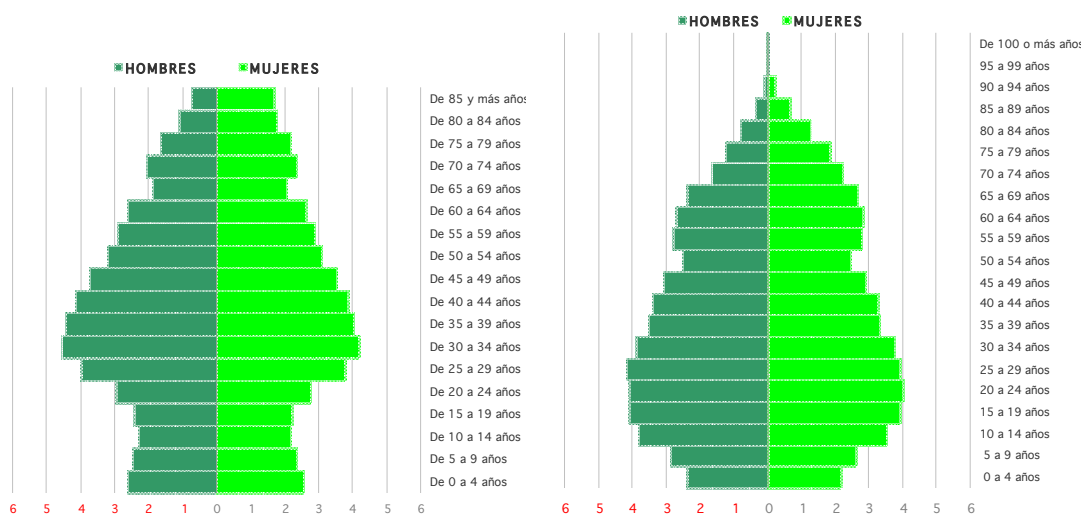
Evolución del número de habitantes en España y Navarra, 1996-2008.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

La tasa de natalidad asimismo comienza a aumentar ligeramente, después de muchos años cayendo, a lo que contribuyen también las nuevas pautas de fecundidad de la población recién incorporada. Ello hace que la pirámide de población vuelva a recuperar ese aspecto típico, ensanchando su base, y deje atrás la arriesgada forma, desde un punto de vista demográfico, de “botella de coca-cola”. A pesar de este cambio incipiente, el peso de la población menor de 15 años se ha reducido en diez puntos desde el año 1975 (hasta el 14,5%).

Estructura de edades, por sexo, de la población navarra en 1975 y en 2007



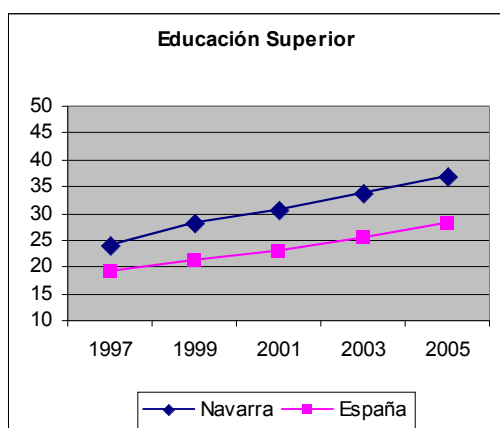
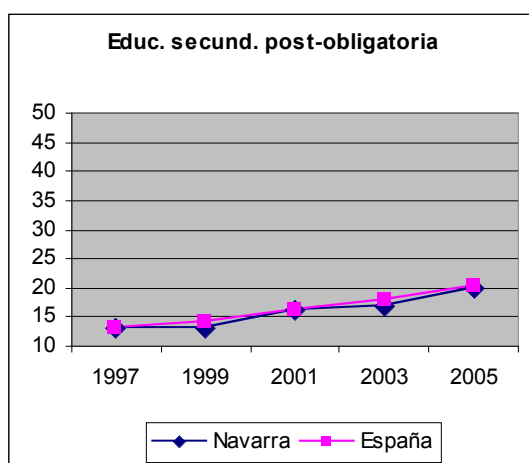
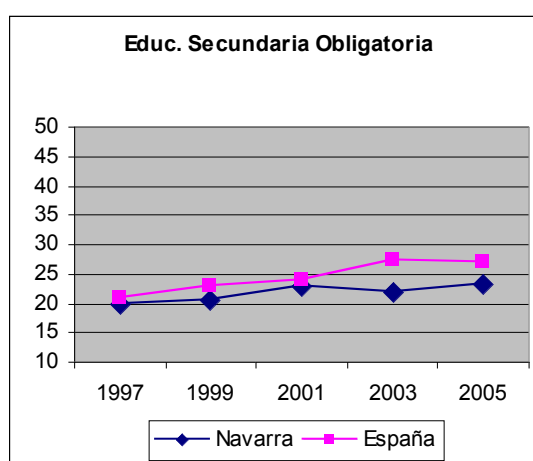
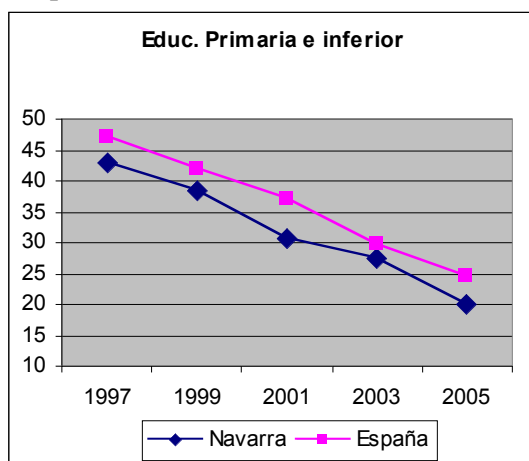
Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Las uniones de hecho son ya cuatro de cada diez entre las parejas de 15-24 años y uno de cada diez entre las de 35-44 años. Respecto a los matrimonios, en el año 2007 se igualan el número de uniones civiles con las religiosas. Por otra parte, los hogares unipersonales representan el 20% del total, y la mitad de ellos son de personas mayores de 65 años.

o La situación de la educación

La tendencia en la última década ha sido similar entre la población navarra y el conjunto estatal: una clara disminución de quienes solamente tenían estudios primarios y un fuerte crecimiento de las titulaciones superiores, pero con un notable déficit en el porcentaje de estudios secundarios tanto obligatorios como post-obligatorios que, por otra parte, constituye el grueso en nuestro entorno europeo. De hecho, y a pesar del importante aumento del nivel formativo en las últimas décadas, los datos del año 2005 nos informan de que todavía más de cuatro de cada diez personas navarras adultas no había superado la educación secundaria obligatoria (en España también era el 50%, pero la media de la OCDE era un 28,9%).

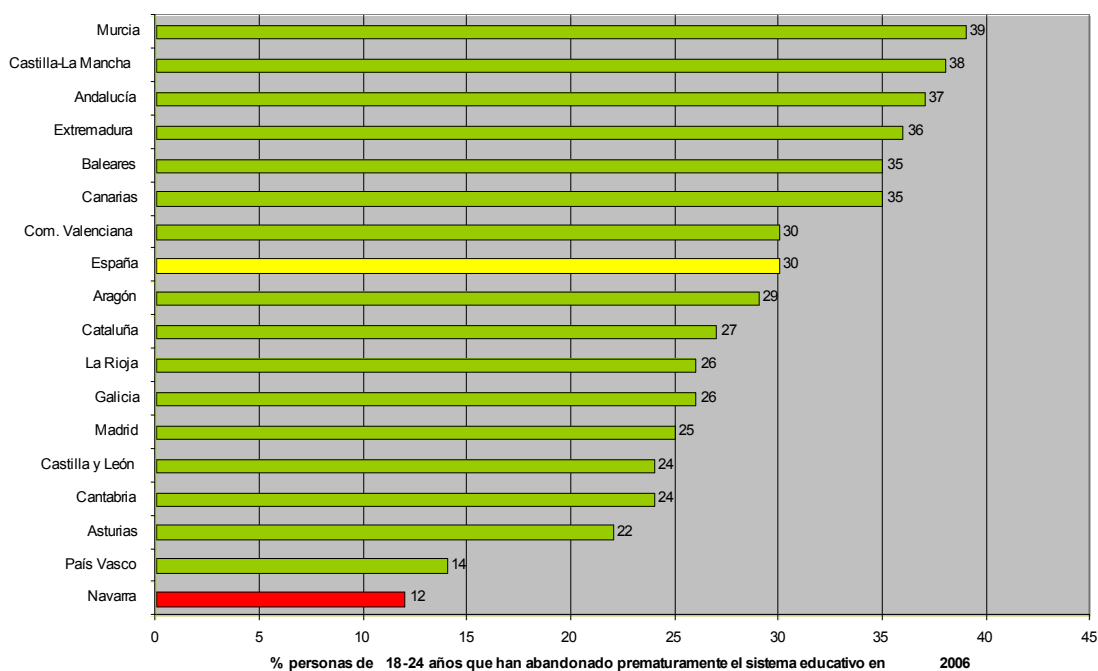
Evolución de la formación de la población adulta (25-64 años), según el nivel de estudios completado



Fuente: Sistema estatal de indicadores de la educación 2007 (Ministerio Educación, 2008).

Por el contrario, la tasa de personas jóvenes (18-24 años) que abandonaron prematuramente el sistema educativo es de un 12% en Navarra, porcentaje sensiblemente inferior al del resto del Estado e incluso al del conjunto de la OCDE (30% y 15% respectivamente).

Personas de 18 a 24 años que habían abandonado prematuramente el sistema educativo, según Comunidades Autónomas, en 2006.



Fuente: Sistema estatal de indicadores de la educación 2007 (Ministerio Educación, 2008).

De acuerdo con los datos del Informe PISA (2006), Navarra se sitúa en el grupo cuyo alumnado tiene un rendimiento por encima de la media y donde, simultáneamente, tienen un impacto menor las variables económicas y culturales de la familia de origen en dichos rendimientos, lo que permite hablar de una mayor equidad del sistema educativo⁴⁴.

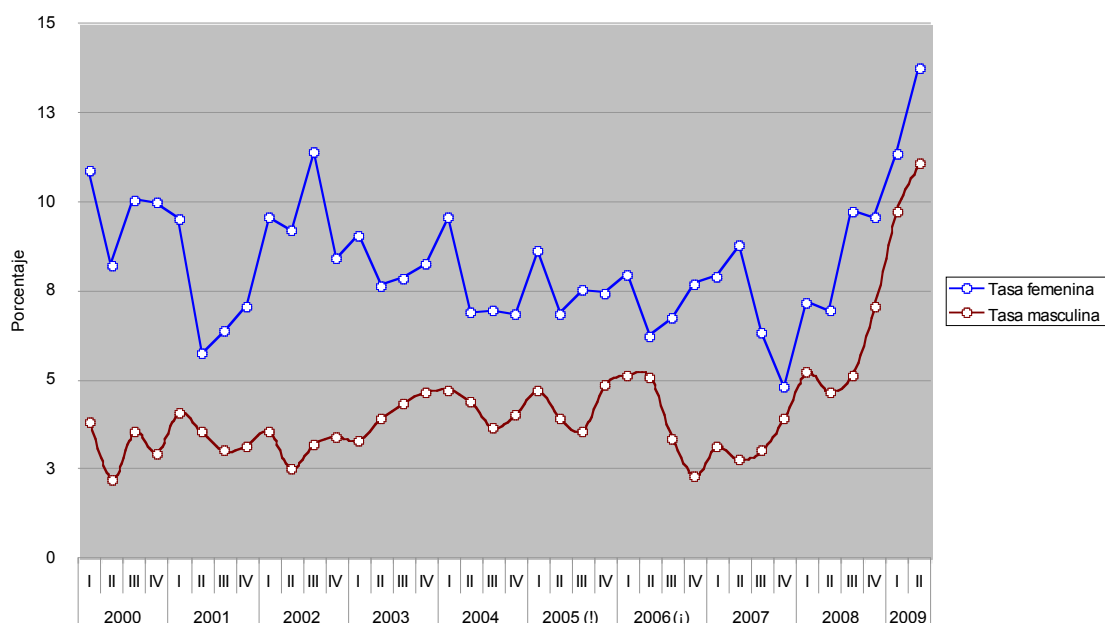
○ Economía

El PIB de la Comunidad Foral de Navarra crece a un ritmo medio del 3,3% anual hasta el año 2007, situándose en 30.900 euros per cápita, frente a los 24.600 de España o los 23.600 de la UE-27. A partir del año 2007, y al igual que ha ocurrido en el resto de nuestro entorno, se inicia una caída progresiva, llegando en el primer semestre del año 2009 a tener una valoración negativa (Fundación Moderna, 2010).

⁴⁴ Indicadores demográficos básicos para Navarra 1993-2008. Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es/FichasWeb/Welcome.do>

En la pasada etapa de crecimiento, la tasa de actividad ha llegado a elevarse hasta el 61%, en buena parte motivada por la fuerte incorporación de la mujer al mercado laboral, y prácticamente se rozaba el pleno empleo, con un 3,5% de personas desempleadas entre la población activa. Con la crisis económica los datos de paro en el año 2009 se elevan hasta el 12,2%, tasa que sigue permaneciendo muy por debajo de los datos estatales. En todo caso, los efectos de esta situación son considerablemente más dramáticos para los colectivos en una situación de mayor vulnerabilidad, pero de manera muy significativa para la población inmigrante incorporada en la última década, que se encuentra con una incidencia mucho mayor del desempleo, problemas con las recién comprometidas hipotecas, etc⁴⁵.

Evolución de la tasa de paro, por sexos. 2000-09



Fuente: Encuesta de Población Activa. Resultados para Navarra 2000-09. Instituto de Estadística Navarra

La extensión de la pobreza en nuestra comunidad⁴⁶, un 18% de pobreza moderada⁴⁷, está ligeramente por debajo de las cifras estatales, un 19,9%. Los índices de pobreza alta o severa⁴⁸ alcanzan al 7% y al 1,9% de la población navarra

⁴⁵ Encuesta de Población Activa. Instituto de Estadística de Navarra. <http://www.cfnavarra.es/estadistica/redie.asp?qry=0305>

⁴⁶ A resaltar que se trata de datos anteriores a la crisis.

⁴⁷ Definida como el 60% de la mediana de la renta.

⁴⁸ Definidas respectivamente como el 40% y el 20% de la mediana de la renta.

respectivamente, lo que nos sitúa en la zona baja entre el conjunto de comunidades autónomas (FOESSA, 2008).

Porcentaje de población de cada Comunidad Autónoma en situación de pobreza (en relación con cada umbral autonómico) en 2006

CC.AA.	Pobreza moderada 60% mediana	CC.AA.	Pobreza alta 40% mediana	CC.AA.	Pobreza severa 25% media
Murcia	21,2	Castilla y León	8,6	Castilla y León	4,7
Castilla y León	21,1	Canarias	8,2	Extremadura	4,7
La Rioja	20,4	Andalucía	7,8	Andalucía	4,5
Canarias	20,3	Aragón	7,2	Murcia	3,9
Castilla-La Mancha	19,5	Cataluña	7,2	Aragón	3,8
Madrid	19,3	Murcia	7,1	Madrid	3,8
Cataluña	19,0	Navarra	7,0	Canarias	3,6
Baleares	18,7	Com. Valenciana	6,8	Com. Valenciana	3,1
Galicia	18,5	País Vasco	6,8	Galicia	3,1
País Vasco	18,4	Madrid	6,6	Cataluña	3,0
Andalucía	18,2	Extremadura	6,1	Castilla-La Mancha	2,5
Navarra	18,0	Galicia	6,1	Cantabria	2,3
Extremadura	17,4	Baleares	5,5	País Vasco	2,3
Aragón	17,2	Castilla-La Mancha	5,4	Baleares	2,0
Com. Valenciana	16,8	La Rioja	5,2	Navarra	1,9
Asturias	16,8	Cantabria	4,6	Asturias	1,6
Cantabria	14,2	Asturias	4,1	La Rioja	0,8

Fuente: Informe FOESSA 2008

○ **La protección social en Navarra (Gobierno de Navarra, 2010)**

En el periodo 1996-2008 el gasto en prestaciones sociales no dejó de crecer: en los años 90 a un ritmo de en torno al 5% anual, y a partir de 2000 acelerándose hasta un 7,4% de crecimiento anual medio. Pero también es cierto que en ese período el PIB a precios de mercado crecía a un ritmo muy superior, lo que provoca, en realidad, una notable estabilidad del gasto en prestaciones sociales en tanto que porcentaje del PIB. En esta dimensión, el gasto social navarro pasó de representar un 16,6% del PIB en 1996 a un 16,3% en 2005, mientras que únicamente en el año 2008 se observa un incremento al ascender al 17,5%. En relación con la UE-27 (considerada ésta como índice 100), Navarra gastó en prestaciones sociales en 2008 el 93% de ese valor medio, situándose en una zona similar a la que se encuentra España (90%). Por debajo se

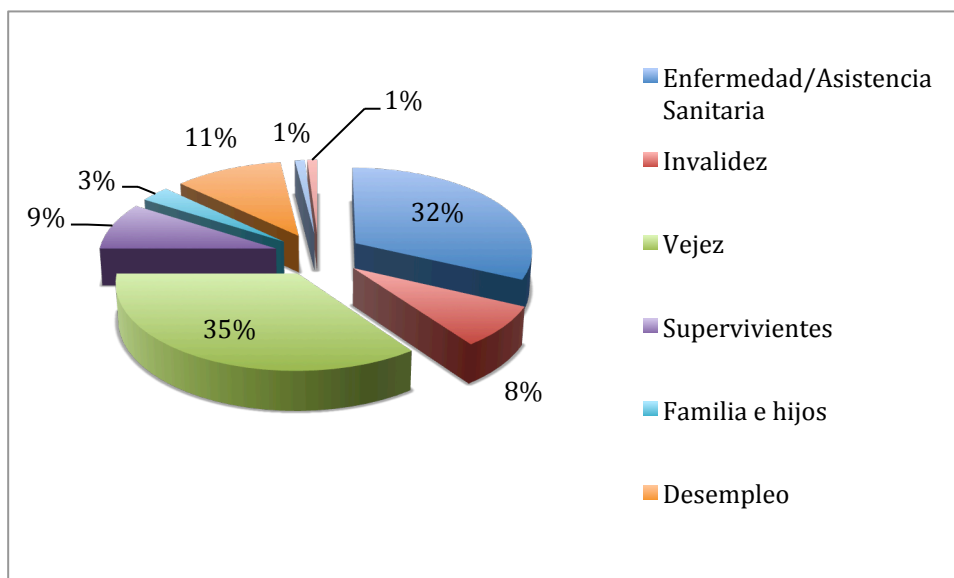
encuentra Portugal y la mayoría de los países del Este recién incorporados, mientras que en la parte más alta se sitúan especialmente los países del Norte europeo, con larga tradición de fuertes inversiones en protección social (Luxemburgo alcanza el 218% de la media y Noruega el 164%).

Pero esta evolución podemos leerla desde dos perspectivas diferentes para reflejar la importancia del gasto social en un territorio determinado. Si hablamos de la intensidad del gasto estamos teniendo en cuenta los problemas sociales a los que hay que hacer frente y la incidencia de éstos; y para ello nos resulta útil saber qué gasto hacemos por cada habitante. Si nos comparamos con países con una estructura socioeconómica similar a la nuestra (la UE-15) podemos comprobar cómo nuestro gasto en prestaciones sociales por habitante, tanto el navarro como el español, ha aumentado en casi 15 puntos durante el periodo 1996-2008, en una progresiva convergencia con los niveles europeos de gasto por habitante. En cambio, si hablamos del esfuerzo global que se hace, estamos valorando cuánta parte de nuestra capacidad económica disponible dedicamos a gasto social, y para ello resulta adecuado conocer el porcentaje del PIB que representa ese gasto y compararlo con el de otros países europeos que gozan de niveles de renta similares al nuestro. De esta manera podremos observar que el peso del gasto en protección social respecto al PIB se encuentra aún muy lejos en el caso de Navarra, que recordemos ascendía al 93% de la media europea en el año 2008, mientras que en el caso de Holanda era del 142%, Suecia el 140% o Dinamarca el 137%. Y además, como ya se ha comentado en el párrafo anterior, se trata de un peso del gasto social respecto al PIB que apenas se ha incrementado en los últimos años. Es decir, en una larga etapa en la que hemos visto crecer nuestra economía de manera importante, la parte del PIB que hemos dedicado a atender las necesidades sociales continúa estando sensiblemente por debajo del esfuerzo que hacen los países de nuestro entorno más cercano.

En cuanto a las áreas que generan un mayor volumen de gasto son las de vejez y enfermedad/asistencia sanitaria. La primera absorbió, en 2008, el 35% de los fondos dedicados a prestaciones sociales, y la mayor parte fueron dedicados a las pensiones de las personas mayores de 65 años. El segundo lugar, ocupado por el área de enfermedad/asistencia sanitaria representa el 32% del gasto y sus partidas principales son las bajas por enfermedad, la asistencia tanto hospitalaria como ambulatoria, y el gasto farmacéutico. A continuación se sitúan el concepto de desempleo (11%), donde ya

comienza a observarse el impacto de la crisis en el empleo (en el año 2005 el porcentaje de la partida en este concepto era del 8%), el de supervivientes y el de invalidez.

Distribución por funciones del gasto en prestaciones sociales en 2008



Fuente: Cuenta de Protección Social de Navarra (Gobierno de Navarra, 2010).

En relación con los ingresos de los sistemas de protección social, en el año 2008 se registra un superávit de 347 millones respecto al importe del gasto en protección social. Sin embargo, el ejercicio 2008 presenta una novedad: es el primero en el que la magnitud del superávit desciende tanto en términos absolutos como relativos. Las cotizaciones sociales representan el 68% del total de ingresos en la Comunidad Foral, lo que le confiere un carácter netamente contributivo al igual que ocurre a nivel estatal. Las aportaciones públicas al sistema suponen el 30% de los ingresos totales dedicados a sufragar la protección social en Navarra. De ellos el 93% proviene de la Administración Foral, básicamente destinada a las prestaciones sanitarias y los servicios sociales.

3.5.3. La crisis socioeconómica: una amenaza a los derechos que creíamos consolidados.

La mayor parte de los cambios socioeconómicos experimentados por la sociedad española y navarra están muy vinculados con las transformaciones en los valores socioculturales, ya referidas en el apartado 3.3. En ese sentido, el análisis socioeconómico también nos habla de una sociedad en la que están más presentes aspectos como el consumismo, el individualismo, la secularización o la valoración del ocio. Por ello, las relaciones que se establecían en el citado capítulo entre estos valores y la evolución en los modelos de consumo, servirían también para este caso.

Asimismo, algunos cambios sociodemográficos y socioeconómicos están influyendo en las características de los perfiles que deben ser atendidos desde los centros de tratamiento: mayor presencia de personas inmigrantes, incremento en los niveles educativos, mayor variedad en las estructuras familiares de referencia, mayores dificultades de acceso al empleo, impacto de la crisis en el incremento de las situaciones de pobreza y exclusión, etc. Todas estas características forman parte de la tendencia a la diversificación en los perfiles atendidos, ya mencionada en el apartado 3.2.4., y refuerzan la necesidad de incrementar la orientación sociosanitaria de las políticas sobre drogodependencias, apostando por una mayor integralidad y por el trabajo en red.

En cuanto al desarrollo de las políticas sobre drogodependencias, se han visto muy influidas por los siguientes factores:

- Su desarrollo se ha producido en un contexto de crecimiento del Estado de Bienestar.
- En el caso de Navarra, las peculiaridades de su estructura legal e institucional han permitido que la Administración Foral tenga una presencia preponderante en la inversión y la gestión de estas políticas.

- También en el caso de Navarra, la adscripción del tratamiento de las drogodependencias al Sistema de Salud ha permitido que se convierta en una prestación de carácter universal⁴⁹.
- Sin embargo, muchas de las intervenciones complementarias y/o paralelas a las realizadas desde los programas terapéuticos fueron adscritas a estructuras no sanitarias, a estructuras no caracterizadas por las prestaciones universales.

Las necesidades de transformación en las políticas sobre drogodependencias coinciden con un momento de crisis social (no sólo económica) y de necesaria transición en nuestra estructura de gobernanza político-económica-social. Este hecho supone una oportunidad para repensar las metodologías de trabajo y las estructuras construidas. Sin embargo, también significa un riesgo, ya que los recortes en los gastos de las administraciones públicas amenazan los derechos que creíamos consolidados. Además, estos recortes no están siendo aplicados a un Estado de Bienestar consolidado, ya que el periodo de mayor bonanza económica no fue aprovechado para lograr que nuestro nivel de gasto social fuera equiparable a la media de los países europeos que cuentan con un nivel de renta similar al de Navarra.

⁴⁹ Con algunas excepciones en los tratamientos en centros concertados, como veremos en el apartado 3.8.2.2.

3.6. LOS CAMBIOS EN LAS PERCEPCIONES DE LA OPINIÓN PÚBLICA EN TORNO AL CONSUMO DE DROGAS Y LAS DROGODEPENDENCIAS.

Dentro del modelo de análisis adoptado para la construcción de este capítulo, la evolución en las percepciones sociales forma parte de los sucesos dinámicos externos al subsistema de políticas, pero que condicionan tanto su marco como su dinámica interna (Sabatier, citado por Martín, 2011). De hecho, las percepciones sociales son un elemento fundamental a la hora de comprender la evolución del fenómeno del consumo de drogas y de las políticas sobre drogodependencias. Porque, más allá de su coincidencia o no con lo que realmente estaba pasando, es un elemento que contribuye a modelar la propia evolución del fenómeno y de las intervenciones a llevar a cabo. Como se señala en un manifiesto presentado por la FAD en el año 2009: *“En este continuo análisis de los fenómenos y en esa tarea de revisión de los distintos enfoques, hemos aprendido una evidencia fundamental: la percepción colectiva de los problemas no tiene por qué coincidir con la realidad objetiva de esas dificultades. Dicho de otra manera, en el campo de los problemas sociales éstos se dimensionan más por lo que la gente cree que son, que por lo que son realmente. Y esta convicción parece adquirir una importancia subrayada al tratar los problemas de drogas. En buena medida, la historia de esos problemas, y de lo que se ha hecho para atajarlos, en España, es la historia de la percepción social sobre la cuestión”* (FAD, 2009).

En este apartado trataré de reflejar, de manera sintética, esa historia de la percepción social sobre las drogas en el Estado Español. Como he venido realizando en otros apartados, y por razones didácticas, estructuraré la presentación de los hechos en varias etapas históricas. Asimismo, me referiré fundamentalmente a la evolución de la percepción social en España, aunque aportaré algunos datos específicos sobre Navarra al describir la etapa más reciente.

3.6.1. Etapa previa a la construcción del “problema de las drogas”. Hasta principios de los años 80.

Veníamos de una etapa en la que apenas producían conflicto social los usos de drogas. Los problemas derivaban básicamente del uso de alcohol y se percibían como una cuestión que afectaba a la persona y a su entorno más próximo. A finales de los años 60 se puede hablar de un incremento notable del consumo de alcohol, el tabaco penetra entre la población adolescente y las mujeres y, sobre todo ya en los 70, se extiende el consumo de cannabis y posteriormente el de heroína. Los consumos comienzan a tener relevancia, pero la percepción de problema social por parte de la población apenas existe (Carrón, 1995).

Asimismo, en este periodo la desinformación era absoluta en aspectos relacionados con el uso de drogas ilegales. En una encuesta realizada por el CIS en el año 1980 se pedía a las personas encuestadas que mencionasen el nombre de alguna droga. El 47,3% fue incapaz de mencionar el nombre de ninguna sustancia. Entre las mujeres, la proporción se incrementaba hasta el 55,2%, mientras que en las personas más jóvenes (18-35 años), únicamente el 9,6% fue capaz de nombrar algún opiáceo⁵⁰.

3.6.2. La construcción del “problema de las drogas”. Los años 80 y principios de los 90.

La década de los 80 supone la aparición del “problema social de las drogas” en la opinión pública. Además, lo hace de manera vertiginosa y rotunda. Tan sólo seis años después de la encuesta mencionada al describir la anterior etapa, el 90% de los y las participantes en un estudio similar del CIS reconocían la heroína y la cocaína como drogas usadas masivamente en España⁵¹. Asimismo, prácticamente desde el inicio de la década se instaura “la droga”, según los barómetros mensuales del CIS, como el principal problema percibido por la ciudadanía en el país. “La droga” permanecerá a lo largo de la década como una de las tres cuestiones que más preocupaba a la ciudadanía.

⁵⁰ Barómetros del CIS. http://www.cis.es/cis/opencm/ES/11_barometros/depositados.jsp

⁵¹ Barómetros del CIS. http://www.cis.es/cis/opencm/ES/11_barometros/depositados.jsp

Este “problema social de las drogas” estaba construido a partir de la enorme alarma social creada por las consecuencias del consumo de heroína. Algunos autores hablan incluso del carácter “heroinocéntrico” de la percepción social construida en ese periodo (Gamella, 1997). “Las drogas” (en plural) pasaron a ser “la droga” (en singular), refiriéndose con ese apelativo a la heroína en exclusiva. Así, otros consumos de drogas que se estaban produciendo pasaban desapercibidos y el diseño de las políticas sobre drogodependencias (que comenzaron su desarrollo en esa etapa) giró fundamentalmente en torno a la heroína. La aparición de este tipo de representación social respondió principalmente a tres factores:

- La vinculación que socialmente se realizaba entre el consumo de heroína y el aumento de la delincuencia y de la sensación de inseguridad ciudadana. Esta vinculación llevó a la aparición de un estereotipo que identificaba directamente drogodependiente con delincuente. Como todo estereotipo, en parte se apoyaba en una realidad objetiva, ya que en los años cruciales de la expansión de la heroína se produjo un incremento espectacular de la delincuencia⁵². Sin embargo, no todos los drogodependientes financiaban sus consumos a través de los atracos, ni todos los atracos eran realizados por drogodependientes. Entre otros factores, la expansión de la heroína se produjo en el contexto de un proceso de desindustrialización importante y de fuerte aumento del paro en las ciudades, que también influyó en el incremento de la delincuencia urbana. Pero, desgraciadamente, el arraigo de este estereotipo tuvo consecuencias muy negativas: el rechazo social hacia las personas drogodependientes, que en algunos momentos se plasmó en movilizaciones sociales en contra de la apertura de centros de tratamiento; la puesta en marcha de medidas que contemplaban el fenómeno de las drogodependencias como un “problema de orden público” y no como una cuestión relacionada con la salud⁵³.
- La aparición del SIDA que, a diferencia de otros países de nuestro entorno, afectó en España prioritariamente al colectivo de consumidores de drogas por vía parenteral. A finales de la década de los 90, el porcentaje de inyectores de

⁵² Por ejemplo, y de acuerdo con los datos aportados por el Consejo General del Poder Judicial (CGPJ, 1987), en el año 1976 hubo 87 atracos a bancos, mientras que en el año 1984 se incrementó por sesenta: 6.239 atracos. Asimismo, y sin contar los atracos a bancos, el número de atracos en el año 1977 fue de 2.690, mientras que en el año 1984 ascendió a 45.395.

⁵³ Un ejemplo paradigmático fue la Ley de Seguridad Ciudadana del año 1992, mencionada en el apartado 3.4.2.

drogas (mayoritariamente heroína) llega a representar siete de cada diez casos declarados de SIDA en nuestro país.

- El papel difusor de los medios de comunicación social (MCS). Según Gamella (1997), *“el problema masivo de la heroínomanía estuvo en los medios de entretenimiento y comunicación antes de estar en la calle”*. Gamella sostiene que a finales del año 1978, cuando el número de heroínómanos era aún muy reducido, los MCS focalizaron su atención en ese tema y publicaron numerosas noticias alarmantes. Uno de los efectos consistió en que se pasara, de una sociedad para la que esta temática era absolutamente ajena y desconocida (como vimos en la anterior etapa), a una sociedad en la que algunos conceptos e incluso palabras del argot comenzaban a ser reconocidos y habituales. *“A partir de entonces, los medios de comunicación, árbitros activos del significado social de tantos fenómenos, instruyeron machaconamente a la audiencia española en el consumo de las drogas ilícitas. El público, educado en las nuevas convenciones que los medios generaban en su interacción con la vida social --para volver a ésta y alterarla-- fue ya capaz de responder a crípticos mensajes y a una nueva terminología previamente desconocida. –Sobredosis-, por ejemplo, o –toxicómano-, o –metadona- o –caballo- han llegado a ser términos que los medios esperan que cualquier lector, oyente o telespectador entienda y ubique en el contexto de la –droga- y sus males”* (Gamella, 1997).

Aunque no se puede afirmar que los MCS crearan las representaciones sociales a las que me estoy refiriendo, lo cierto es que contribuyeron a reforzar los estereotipos sociales que vinculaban la drogodependencia con la heroína, la delincuencia y la muerte. Varios factores influyeron en ello: la sección en la que solían ser publicadas las noticias (sucesos), el tipo de fuentes más utilizadas (policiales y judiciales), e incluso el tipo de palabras y conceptos con los que se asociaba “droga”. *“...la mayor parte de las veces, la palabra droga aparece asociada en los titulares a las palabras atraco, asalto, tiroteo y muerte. En segundo lugar, aunque con menor frecuencia, la palabra droga va seguida de los conceptos de adulteración, sobredosis y muerte. Obsérvese que en ambos casos el encadenado conceptual termina en el daño socialmente más grave: la muerte”* (Pérez Oliva, 1987).

Ya en la década de los 90, con la Ley de Seguridad Ciudadana y otras de orden público, no se rebajan significativamente los delitos, pero un sector de las personas drogodependientes se traslada a entornos marginales, mientras otros muchos pueblan los centros penitenciarios, lo que hace menos visibles los problemas y que disminuya la angustia social. Simultáneamente, el desarrollo de las redes de atención y los programas de reducción de daños llevan a que, desde el imaginario social, se reubique la drogodependencia más en el ámbito de una enfermedad a la que es posible hacer frente y para la que hay unos profesionales que “saben lo que hacen”.

3.6.3. La “década tranquila” (1995-2005).

Desde mediados de los 90 hasta el año 2005 asistimos a un paradójico equilibrio entre una baja percepción de los problemas relacionados con las drogas (como decía, “no se ven”, “hay quien se ocupa de ello”), y un uso de drogas más extendido que en ningún otro momento.

En un estudio publicado por la FAD (Megías, 2004) se trató de recoger la percepción social preponderante en las postrimerías del año 2000. Reproduciré a continuación alguna de sus principales conclusiones:

- La alarma social desciende de manera significativa. Las drogas ya no son ni mucho menos, como ocurrió en algún momento de los años 80, la principal preocupación de la ciudadanía⁵⁴.
- Desciende la identificación de la heroína como la única droga y del heroinómano como el único drogodependiente. No obstante, es llamativo cómo en los medios de comunicación las principales noticias que aparecen, además de las relacionadas con el tráfico de drogas (aunque con menor presencia), son las vinculadas a la reducción de daños y a los poblados chabolistas en los que se

⁵⁴ Esta evolución aparece de manera muy clara en los barómetros mensuales del CIS. En el barómetro de enero de 1995, al preguntar sobre los 3 principales problemas del país, las drogas aparecían en el 4º puesto (señaladas por el 18,7% de las personas encuestadas). Los problemas que se situaban en los tres primeros puestos eran los siguientes: el empleo, la corrupción política y la situación económica. Diez años después, en el barómetro de diciembre de 2005, las drogas habían descendido al puesto 9º, siendo señaladas por el 6,5% de las personas encuestadas. Los tres primeros puestos eran ocupados por el paro, el terrorismo y la inmigración.

venden drogas ilegales. Sin embargo, esta realidad es percibida socialmente como residual, “un problema del pasado que da los últimos coletazos”.

- Sigue siendo minoritaria la población que identifica el alcohol y el tabaco como drogas, aunque aumentó ligeramente durante aquel periodo. No obstante, este incremento no se produjo de manera uniforme. En relación con este aspecto, la mayoría de la población continuaba creyendo que las drogas ilegales se consumían mucho más de lo que en realidad se hacía, mientras que se infravaloraba el consumo de sustancias legales.
- En cuanto a la peligrosidad percibida de las drogas, aparecían dos grupos diferenciados: un primer grupo integrado por la heroína, la cocaína y las pastillas (drogas de síntesis y anfetaminas), al que se atribuye un alto nivel de peligrosidad; y un segundo grupo integrado por dos drogas legales, el tabaco y el alcohol, y una droga ilegal, el cannabis, al que la población atribuye un menor grado de peligrosidad.
- En cuanto a las motivaciones para el consumo, aumentó la percepción en la que se identifica la búsqueda de placer, la diversión y la presión de grupo, mientras que disminuye la atribución al “*escapismo ante problemas personales y colectivos y a razones de tipo sintomatológico, ante la enfermedad, la frustración y el displacer*” (Megías, 2004).
- Se detectaba una importante modificación en la percepción de los problemas generados por el consumo de drogas. La visión global señalaba que se había experimentado una ligera mejoría en los problemas tradicionales: “*la presencia de drogadictos en la calle, las listas de espera para la asistencia, la pequeña delincuencia ligada con la drogadicción, el desamparo de las familias con problemas de drogas, la presencia de jeringuillas en parques y calles,...*” (Megías, 2004). Por otro lado, se identifican nuevos problemas: “*los problemas de salud por los consumos de fin de semana, los problemas de convivencia ciudadana por estos mismos comportamientos, el consumo público de drogas,...*” (Megías, 2004).

3.6.4. El momento actual.

Según los estudios más recientes, el tipo de percepción social descrita en torno al año 2000 parece haberse mantenido e incluso reforzado en los años posteriores:

- Así, la alarma social ha seguido descendiendo de manera drástica. En el barómetro CIS de diciembre de 2009⁵⁵, al preguntar sobre los 3 principales problemas del país, las drogas aparecían en el 16º puesto (señaladas únicamente por el 1,9% de las personas encuestadas). Los problemas que se situaban en los tres primeros puestos eran los siguientes: el paro, los problemas de índole económica y la clase política-los partidos políticos.
- En un reciente estudio sobre “valores sociales y drogas” publicado por la FAD (Elzo, 2010), aun manteniendo que la mayor parte de la población considera peligrosas todas las drogas, se sigue observando la diferenciación en dos grupos ya apuntada en el estudio del año 2000: alcohol, tabaco y cannabis, donde el porcentaje de personas que las consideran peligrosas es algo inferior (entre el 65 y el 70%) y el porcentaje de quienes las consideran poco o nada peligrosas es algo superior (entre el 7 y el 10%); la heroína, la cocaína, las pastillas, donde es superior el porcentaje de personas que las consideran peligrosas (más del 80%, llegando al 99,2% en el caso de la heroína) e inferior el porcentaje de quienes las consideran poco o nada peligrosas (inferior al 1%).
- En un estudio específico para Navarra⁵⁶ también se observa esa diferenciación en dos grupos de drogas. Para las personas entrevistadas en la encuesta 2007 de Navarra, los riesgos de consumir cualquiera de las drogas son notablemente mayores que los beneficios, si bien separan por una parte alcohol, tabaco y cannabis y, por otra, el resto de drogas ilegales. Para estas últimas, en una escala de 1 a 10, los riesgos se sitúan por encima del 9 en tanto que los beneficios en ninguna de ellas superan los 1,5 puntos. El alcohol es la que valoran con unos riesgos menores (6,68) y mayores beneficios (2,97). Por lo que respecta al riesgo, el consumo de cannabis y tabaco son prácticamente equiparables (en

⁵⁵ Barómetros del CIS. http://www.cis.es/cis/opencm/ES/11_barometros/depositados.jsp

⁵⁶ Encuesta sobre juventud y salud (2007) realizada por el Gobierno de Navarra. No publicada.

torno a 7,5), pero aprecian mayores beneficios en el consumo de cannabis (2,49) que en el hecho de fumar tabaco (1,82).

- En el estudio sobre valores sociales y drogas de la FAD (Elzo, 2010) se detecta también la continuidad en el tipo de motivaciones para el consumo más extendidas. “...la búsqueda de la diversión, en un contexto de consumo grupal definido en términos de moda y frecuentemente relacionado con la curiosidad y la búsqueda de sensaciones”. Cada uno de estos motivos para el consumo es señalado por más del 40% de las personas encuestadas. También están presentes otro tipo de motivaciones, pero con porcentajes inferiores. Así, se puede distinguir un grupo de motivaciones relacionadas con la rebeldía y la disconformidad ante la sociedad, en el que se incluye el consumo “por el gusto de hacer algo prohibido” (33,5%) y “por sentirse a disgusto en una sociedad injusta” (18,8%); y otro grupo de motivaciones vinculadas con los problemas personales, en el que se incluye el consumo “por sentirse inseguro” (24%), “por problemas en la familia” (22,9%), “por dificultades en el trabajo” (11,3%) y “para calmar los nervios” (5,9%).
- Finalmente, es interesante recoger la percepción social respecto a las perspectivas de consumo futuro. En este caso se trata de datos referidos únicamente a Navarra y a población joven.⁵⁷ La mayor parte de la población joven considera que el consumo de drogas corresponde únicamente con una etapa de su vida y no se ven consumiendo en el futuro. Así, dos de cada tres jóvenes fumadores piensan que dejarán de fumar; ocho de cada diez jóvenes creen que no consumirán cannabis en el futuro (incluidas las personas que no lo hacen ahora); y el 88,6% no se ven en un futuro consumiendo drogas ilegales (incluso entre quienes ahora lo hacen semanalmente, la cuarta parte cree que lo dejará y otra tercera parte que reducirá el consumo). Sin embargo, ocho de cada diez jóvenes entrevistados creen que mantendrán su relación con el alcohol como la que tienen actualmente.

⁵⁷ Encuesta sobre juventud y salud (2007) realizada por el Gobierno de Navarra. No publicada.

3.6.5. Del “heroinocentrismo” y la alarma social, a la invisibilización del “problema”: a modo de síntesis y conclusión.

La percepción social es uno de los factores que influyen en la evolución del fenómeno y en la construcción de las políticas.

Hasta principios de la década de los 80 no existía “el problema social de las drogas” en la opinión pública, pero su irrupción fue vertiginosa y rotunda a partir de entonces.

“El problema social de las drogas” fue construido a partir de la alarma social generada por el consumo de heroína (percepción social “heroinocéntrica”) y respondía a tres factores: la vinculación que socialmente se realizaba entre consumo de heroína y delincuencia; la vinculación que socialmente se realizaba entre consumo de heroína y SIDA; los medios de comunicación como el agente difusor de este tipo de percepción.

A principios de la década de los 90 comenzó a reducirse la alarma social por dos factores: “el problema no se ve”, porque está “oculto” en espacios marginales de las ciudades y en los centros penitenciarios; “hay quien se ocupa del problema”, porque se ha desarrollado una red de tratamiento y reducción de daños. Esta situación dio paso a la denominada “década tranquila” (1995-2005), en la que se reduce drásticamente la alarma social (de ser el principal problema para la ciudadanía en los años 80, pasa a ser el 4º en el año 1995 y el 9º en el año 2005, según los barómetros del CIS), aunque paradójicamente los consumos son más altos que en la década anterior.

En coherencia con la evolución de los valores socioculturales descrita en el apartado 3.3., a partir de esta denominada “década tranquila” se observa una importante confluencia entre los valores sociales preponderantes y la percepción de las motivaciones para el consumo, que en estos momentos están más relacionadas con la diversión, el placer y las relaciones grupales. Asimismo, también se consolida una visión sobre la peligrosidad de las drogas que se mantiene en el momento actual. Según esta percepción, aunque todas las drogas son peligrosas, en un grupo estaría el alcohol, el tabaco y el cannabis (“que son algo menos peligrosas”) y en otro grupo las restantes (“que son mucho más peligrosas”).

En una encuesta realizada recientemente a población joven de Navarra se observa cómo perciben el consumo de drogas como una conducta temporal, que se corresponde con la etapa de juventud (salvo en el caso del alcohol, donde la mayoría percibe que mantendrán ese tipo de consumo en el futuro). Asimismo, se observa la normalización del consumo de cannabis, cuya peligrosidad es equiparada por las personas encuestadas a la de dos drogas institucionalizadas (alcohol y tabaco), e incluso perciben que tiene más beneficios que el consumo de tabaco.

Finalmente, en el periodo más reciente se observa que la alarma social ha seguido reduciéndose drásticamente hasta el puesto 16º en el barómetro del CIS correspondiente a diciembre de 2009. Además, de cara a la sostenibilidad de las políticas sobre drogas, el momento de menor presencia de “las drogas” en las preocupaciones de la sociedad, coincide con una situación de fuerte crisis socioeconómica y de enormes presiones para el recorte de las inversiones públicas.

3.7. EL IMPACTO DE OTROS SUBSISTEMAS RELACIONADOS: LOS SUBSISTEMAS DE LAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS EN ESPAÑA Y EUROPA.

Según Sabatier (citado por Martínón, 2011), ningún subsistema es autónomo sino que las decisiones e impactos de otros sectores de políticas son uno de los elementos que más afectan a los subsistemas específicos. De hecho, en el apartado sobre la evolución de la estructura legal e institucional pudimos ver el impacto que, sobre la configuración de las estrategias institucionales ante las drogodependencias, tienen aspectos como la legislación internacional sobre drogas, la estructura política de la Unión Europea, el tipo de reparto competencial establecido por la Constitución española, o la evolución de la producción legislativa en el Estado Español. Asimismo, en el apartado referido a los cambios en las condiciones socioeconómicas, también pudimos observar la vinculación entre la evolución de las políticas sobre drogodependencias y aspectos como el tipo de desarrollo del Estado del Bienestar, la caracterización de nuestro sistema sanitario, o la diferenciación entre el sistema social y el sistema sanitario. En este apartado me centraré específicamente en analizar algunos aspectos relacionados con el desarrollo de los subsistemas de políticas institucionales sobre drogas en Europa y España⁵⁸, con especial atención a los modelos de tratamiento a la población drogodependiente. Estos subsistemas externos influyen de manera determinante sobre el marco y la dinámica interna del subsistema de políticas de drogodependencias en Navarra, por lo que podremos así analizar qué grado de influencia han tenido en su desarrollo, que será presentado en el posterior apartado.

3.7.1. El subsistema de las políticas sobre drogas en la Unión Europea.

Después de más de veinte años de políticas sobre drogas impulsadas desde instancias comunitarias, podemos concluir que se ha producido una importante homogeneización de la respuesta europea, y de su concreción a nivel nacional. En el año 2008 todos los países, salvo Austria, tenían sus respectivos planes nacionales sobre

⁵⁸ La estructura legal e institucional de estos subsistemas ya fue desarrollada en el apartado 3.4.

drogas⁵⁹. Es más, la mayoría de los planes nacionales tienen una estructura similar: un planteamiento equilibrado entre control de oferta y reducción de la demanda, incluyen las diferentes sustancias más allá de la situación legal, y las respuestas se articulan a partir de abordajes terapéuticos diversificados.

Los objetivos del Plan de Acción 2009-2012 son un buen ejemplo de los ejes que caracterizan las políticas sobre drogas impulsadas por la Comisión Europea:

- Coordinación:
 - Garantizar que un enfoque equilibrado e integrado, que tenga debidamente en cuenta los derechos fundamentales, se refleje en las políticas nacionales y en el enfoque de la UE respecto de los terceros países y en los foros internacionales.
 - Garantizar una coordinación eficaz en la UE.
 - Garantizar una coordinación eficaz en el ámbito nacional.
 - Garantizar la participación de la sociedad civil en la política contra la droga.
- Reducción de la demanda:
 - Prevenir el consumo de drogas y los riesgos derivados.
 - Prevenir el uso problemático de drogas, incluido el consumo por vía intravenosa, a través de una prevención selectiva.
 - Mejorar la eficacia de los tratamientos y de la rehabilitación mejorando la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad de los servicios.
 - Mejorar la calidad y la eficacia de las actividades de reducción de la demanda, teniendo en cuenta las necesidades específicas de los usuarios en función del sexo, de su contexto cultural, de su edad,...
 - Facilitar el acceso a la atención sanitaria a los usuarios de drogas en prisión a fin de reducir los riesgos para la salud derivados del consumo de drogas.
 - Garantizar el acceso a los programas de reducción de riesgos, con el fin de reducir la propagación del VIH-SIDA, la hepatitis C y otras enfermedades infecciosas ligadas al consumo de drogas, así como reducir en la UE el número de muertes directamente relacionadas con el uso de drogas.

⁵⁹ En los inicios de la década de los 90 el caso español, con un plan nacional integral e intersectorial, constituía un ejemplo casi aislado en la Unión Europea.

- Reducción de la oferta:
 - Intensificar la cooperación eficaz entre los servicios policiales en la UE para luchar contra la producción y el tráfico de drogas.
 - Responder con rapidez y eficacia a las nuevas amenazas: p.ej. nuevas sustancias, nuevas rutas de tráfico, ...
 - Reducir la fabricación y la oferta de drogas de síntesis.
 - Reducir en la UE el desvío y el tráfico de precursores químicos utilizados en la fabricación de drogas ilícitas y, en particular, de los precursores de drogas de síntesis.
 - Reducir el impacto en la sociedad de la delincuencia organizada que se dedica a la producción y tráfico de drogas.
- Cooperación internacional:
 - Incluir sistemáticamente las cuestiones de la política antidroga de la UE en las relaciones con los terceros países y regiones, cuando proceda, así como en un contexto más general y en la agenda de seguridad, sobre la base de la planificación estratégica y la coordinación de todos los participantes.
 - Reforzar la coordinación de la UE en el contexto multilateral y promover un enfoque integrado y equilibrado.
 - Apoyar a los países candidatos y a los países que participan en procesos de estabilización y de asociación.
 - Mejorar la cooperación con los países que participan en la Política europea de vecindad.
- Información, investigación y evaluación:
 - Ampliar la base de conocimientos sobre las drogas fomentando la investigación.
 - Garantizar el intercambio de datos precisos y relevantes para las políticas contra las drogas ilícitas.
 - Seguir desarrollando instrumentos para evaluar la situación en materia de drogas y la eficacia de las actuaciones.
 - Garantizar una evaluación permanente de las políticas sobre las drogas.

Por el objeto de esta tesis, terminaré este apartado haciendo referencia a las principales características que definen el modelo de tratamiento a drogodependientes en los países de la Unión Europea.

Los tratamientos a drogodependientes se facilitan en la mayoría de los países fundamentalmente a través del sector público, aunque en determinados países las ONGs tienen un papel relevante. También el sector privado, especialmente en los tratamientos residenciales, tiene un peso significativo en algunos países. En todo caso, la mayor parte de la financiación de los tratamientos está sufragada con fondos públicos.

Se ha incrementado de manera muy notable el número de usuarios en tratamiento, tanto en los dispositivos ambulatorios como residenciales, y de manera muy significativa aquellos que lo hacen por drogas distintas a los opiáceos. En concreto, entre las personas admitidas a tratamiento en centros ambulatorios, si bien los dependientes de opiáceos siguen siendo el colectivo más numeroso (el 50% de las admisiones en centros ambulatorios) quienes declaran el cannabis como droga principal suponen ya un 21%, y un 16% quienes tienen como droga principal la cocaína. En este último caso, se ha duplicado el número de personas admitidas entre el año 2002 y el año 2006. Este aumento general de las admisiones a tratamiento puede tener relación tanto con un incremento de la “problematicidad” de los consumos como con una mejora en la accesibilidad de los programas (OEDT, 2008).

La reducción de daños es ya un componente explícito de lo que podríamos llamar el “modelo europeo”, si bien difiere notablemente el peso en los diferentes países. La ampliación de los servicios en este ámbito ha sido espectacular, sobre todo en el caso de los programas de sustitución dirigidos a heroinómanos. En estos momentos, según cada país, entre la cuarta parte y la mitad de los tratamientos son de sustitución. La metadona es el producto con el que comenzaron dichos programas, siendo en la actualidad el más extendido, pero los usuarios en programas basados en buprenorfina representan ya el 20% de este tipo de intervenciones en el conjunto de la Unión Europea (OEDT, 2008).

En la memorias y evaluaciones de la Estrategia Europea sobre Drogas se recoge que, en estos momentos, el principal problema ya no es la accesibilidad, sino la calidad, la adecuación y los resultados de los tratamientos. Asimismo, se recogen otros retos relevantes para la acción sobre las drogas en la Unión Europea:

- Tal vez el mayor déficit está situado en las intervenciones en los centros penitenciarios. Cada vez son más los países con programas en este ámbito, pero es necesario un esfuerzo notablemente mayor en inversión para la implementación y extensión de los mismos.
- En relación con la inserción social y especialmente laboral, aparecen dificultades sobre todo con un perfil de usuarios envejecido y con escasa formación. Comienza a plantearse la necesidad de una redefinición de los resultados del tratamiento y de una revisión de los objetivos a trabajar desde los programas de incorporación social.
- En conjunto, el principal reto de la intervención terapéutica se sitúa, para los próximos años, en la necesidad de desarrollar modelos y propuestas a medida para una población cada vez más heterogénea de usuarios problemáticos de drogas. Especialmente la complejidad de los perfiles de policonsumo plantea un gran desafío para el desarrollo de servicios y terapias *ad-hoc*. Las medidas tendrán que ser cada vez más diferenciadas para unas necesidades y unas demandas que lo son cada vez más (OEDT, 2008).

3.7.2. El subsistema de políticas sobre drogas en el Estado Español.

o Diferentes hitos en la planificación de las políticas sobre drogas en España.

Los primeros pasos que orientan los esfuerzos del Plan Nacional sobre Drogas durante la segunda mitad de los años ochenta y parte de los noventa tienen que ver con ordenar, extender y asegurar unas garantías de calidad en la oferta de tratamiento a drogodependientes. El avance en este terreno contribuye, sin ninguna duda, además de otros factores, a rebajar de manera sensible la angustia ciudadana y la alarma social ante la “falta de respuesta”.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 asume que se había avanzado en articular la participación de los diversos actores en la consolidación de una red de atención amplia y diversificada, en la construcción de sistemas de información, en la existencia de medios policiales especializados, o en la dotación de presupuestos

estables, entre otros logros. Sin embargo, hace hincapié en el importante déficit de los retos preventivos y en la necesidad de establecer, para todos los ámbitos, objetivos claros y evaluables. La Estrategia define un numeroso listado de objetivos relacionados con la reducción de la oferta, con la reducción de la demanda y con la cooperación internacional, incluyendo por primera vez el alcohol entre las sustancias que se abordan. La concreción de las actuaciones se plasmaron en sendos Planes de Acción sobre Drogas cuatrienales.

En febrero de 2009 se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. En ella se hace mención a diversos indicadores de consumo y percepción de riesgo que invitan al optimismo, pero también se incide en la necesidad de mejorar los mecanismos de coordinación y funcionamiento, de ser conscientes que los nuevos modelos de consumo exigen una mejora y ampliación de la información a recoger, y de tener en cuenta las evidencias científicas disponibles para mejorar la eficacia de las intervenciones a desarrollar. En ese sentido, se configura como el marco de referencia para todas las administraciones públicas y las organizaciones sociales, subrayando el interés común: lograr disminuir de forma significativa los consumos de drogas, y prevenir al máximo el impacto sanitario y social de los diversos problemas y daños relacionados con los mismos.

○ **La conformación de una oferta terapéutica.**

Hasta mediados de los años 70 apenas se abordan otros problemas que los casos de alcoholismo y si había alguna otra demanda se dirigía hacia los mismos servicios psiquiátricos, que intervenían desde una óptica básicamente farmacológica y sin apenas apoyo comunitario.

A finales de los años 80 comienzan a aparecer los primeros problemas relacionados con el consumo de drogas ilegales (principalmente heroína), con una creciente alarma social y sin que existiera ninguna estructura de respuesta organizada.

Las primeras alternativas son básicamente las comunidades terapéuticas⁶⁰, en su mayoría no profesionalizadas y que apostaban por el aislamiento en centros residenciales ubicados en zonas rurales, o una pequeña oferta de tratamiento con metadona, en todos los casos desde la iniciativa privada (Carrón, 1999). Desde la iniciativa pública únicamente existen algunas experiencias aisladas, gran parte de ellas puestas en marcha desde la administración municipal, como SPOTT de la Diputación de Barcelona, DROSS del Ayuntamiento de Barcelona, el Plan Municipal de Madrid o DAK del País Vasco, que se constituyó en la primera red asistencial específica. Hay un elemento, destacado por César Pascual, que caracteriza las intervenciones en esta primera época: “...la tendencia de los diferentes recursos que se van creando a actuar independientemente y como respuesta global a todo el fenómeno. Quizá fruto de la urgencia del momento y de la presión asistencial o bien de la falta de reflexión acerca de la complejidad del fenómeno y de las posibilidades y límites de la intervención, es posible observar en este tiempo una propensión de los recursos a considerarse totalitarios y como fetiches de solución global de todos los problemas que genera un fenómeno como el consumo de drogas” (Pascual, 2002).

En el año 1985 se puso en marcha el Plan Nacional sobre Drogas, que vino a transformar absolutamente el panorama de la atención a drogodependientes en España. Desde el Plan se apostaba por la construcción de una red asistencial profesionalizada, con enfoque biopsicosocial y gestionada desde el ámbito autonómico. En cuanto a la ubicación institucional de esta red, y como expresión temprana de lo que más tarde vino en denominarse enfoque o atención sociosanitaria, desde el Plan se defendía “la complementariedad entre servicios de salud y sociales para la elaboración de programas terapéuticos” y la “potenciación de las redes generales de servicios asistenciales frente a la creación de servicios paralelos especializados, ... salvo en casos específicos”. Sin embargo, esos “casos específicos” se convirtieron en lo habitual, ya que en prácticamente todas las comunidades autónomas se apostó por construir redes específicas. Varios factores influyeron en esa apuesta por la creación de redes específicas. En primer lugar, el sistema sanitario no se mostró muy interesado por asumir la atención de unos “pacientes” que podían resultar muy complejos, precisamente en unos momentos que requerían de su máxima concentración en las

⁶⁰ El Patriarca era la red más extendida, aunque también se pusieron en marcha algunas iniciativas impulsadas por madres y padres de drogodependientes.

grandes reformas que estaba emprendiendo. Por otro lado, durante la primera parte de la década de los 80 se fue constituyendo un pequeño pero muy activo colectivo de profesionales que comenzaron a especializarse en drogodependencias. Este colectivo, apoyado por algunos políticos, y especialmente por el recientemente iniciado movimiento de familiares “contra las drogas”, apostaba con claridad por un modelo biopsicosocial de atención. Este modelo, desde su punto de vista, no podía encajar en ninguna de las redes generales. Además, la fuerte alarma social existente por entonces, justificaba que se pudiera emprender un reto como la creación de una nueva red asistencial paralela a las redes generales. *“La cuestión, se decía entonces, es que este tipo de trastornos no pueden tratarse adecuadamente en ninguna red general, porque los sistemas sanitarios, de salud mental y de servicios sociales carecen de estructuras que permitan este tipo de intervención biopsicosocial aunque en el futuro deberían dotarse de las mismas. Pero mientras tanto resultaba imprescindible mantener recursos especializados, aunque adecuadamente coordinados con las redes generales”* (Comas, 2005).

Por otro lado, la escasa regulación con la que se iniciaron los primeros tratamientos con metadona influyó en que se publicara una Orden ministerial (año 1985) que restringía fuertemente la utilización de este agonista opiáceo. De esta manera, la nueva red asistencial se construye a partir de un único modelo orientado hacia la abstinencia. Hubo que esperar hasta la década de los 90, tras la dramática incidencia del SIDA en el colectivo de usuarios de drogas por vía parenteral, para que se incorporasen de una manera normalizada los tratamientos con metadona y otras estrategias orientadas hacia la reducción de daños (Carrón, 1996).

En definitiva, la puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas impulsa el desarrollo de las redes asistenciales desde los planes autonómicos, que comienzan a ser aprobados paulatinamente a partir de entonces. Se trata de una red fundamentalmente específica, profesionalizada, gestionada desde el ámbito autonómico, “heroinocéntrica” y con un enfoque “libre de drogas”, es decir, sin contemplar la utilización de fármacos sustitutivos o de medidas de reducción de daños.

A mediados de los años 90 se consolida la actividad asistencial de los planes autonómicos, que mayoritariamente siguen basando la intervención en una red específica de dispositivos. Los objetivos de abstinencia se complementan progresivamente con programas de reducción de daños, siguiendo el cambio en las políticas europeas que globalmente se inclinaron hacia un modelo de reducción de daños. Se avanza en la universalización de las prestaciones y comienzan a introducirse criterios de calidad en los servicios: indicadores de eficiencia (retención, calidad de vida...), ajuste de costes, etc. Aparece una cierta preocupación por la atención a las situaciones desiguales (emigrantes, situaciones de precariedad, ...) pero también temor a que se esté segregando a determinados grupos de riesgo o que se fraccione el grado de cobertura.

En conjunto, puede afirmarse que en la evolución de la oferta terapéutica:

- Se ha producido un acercamiento a la realidad del consumo en lugar de tener en cuenta solamente la sustancia.
- Se han mejorado notablemente los dispositivos profesionalizándolos y mejorando sus recursos.
- Se ha tendido a flexibilizar las intervenciones, lo que permite un amplio abanico de objetivos.
- Se apuesta por un trabajo en red que permita la complementariedad de las intervenciones realizadas desde recursos diversos.

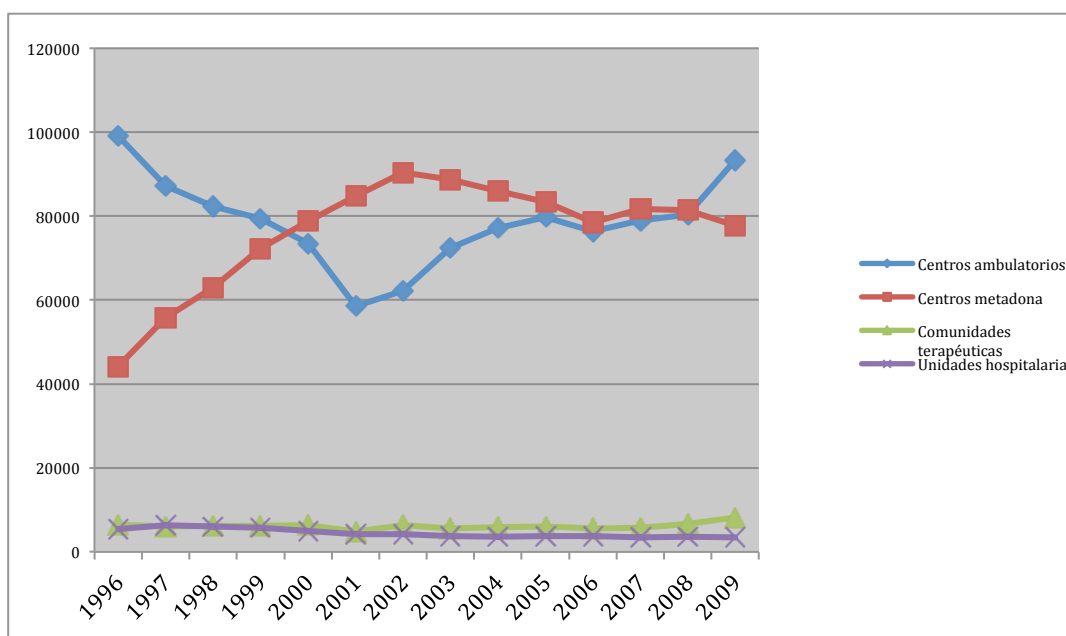
Sin embargo, estas tendencias se ven confrontadas al mismo tiempo por otros riesgos que amenazan su real consolidación:

- Una excesiva medicalización en detrimento de la intervención psicoterapéutica y social.
- Unas intervenciones a veces excesivamente compartimentadas en áreas.
- Una cierta regresión, en la práctica, en relación con la complementariedad de las intervenciones.

○ **Los tratamientos, en cifras**

Según datos del Plan Nacional sobre Drogas, en el año 2009 funcionaron en todo el Estado 537 centros ambulatorios, 50 unidades de desintoxicación hospitalaria, 129 comunidades terapéuticas y 2.586 dispositivos de prescripción y dispensación de metadona. El mayor volumen de usuarios lo encontramos en los centros ambulatorios (93.283), seguido por los dispositivos de metadona (77.811). Como puede verse en el gráfico, el cambio ha sido sustancial en los últimos trece años. Los centros ambulatorios casi duplicaban en usuarios al resto de dispositivos en el año 1996. A partir de esa fecha el crecimiento sostenido de la población en los centros de metadona alcanza su cénit en el año 2002, año en el que casi se invierte la situación, superando con creces estos dispositivos a todo el resto hasta alcanzar los 90.000 usuarios. Desde esa fecha parece que vuelve un cierto reequilibrio entre las dos propuestas mayoritarias, que prácticamente se igualan en el año 2006, aunque en el año 2009 vuelve a ser superior el número de personas atendidas en centros ambulatorios.

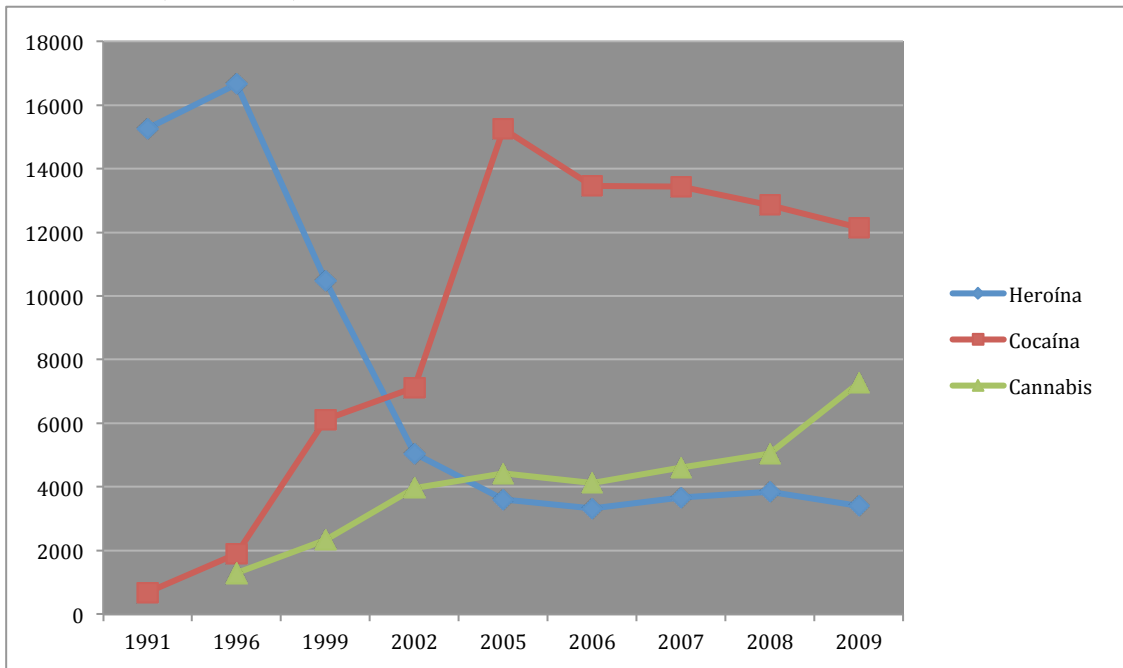
Evolución del número de usuarios por tipo de centro de tratamiento. España 1996-2009.



Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2009

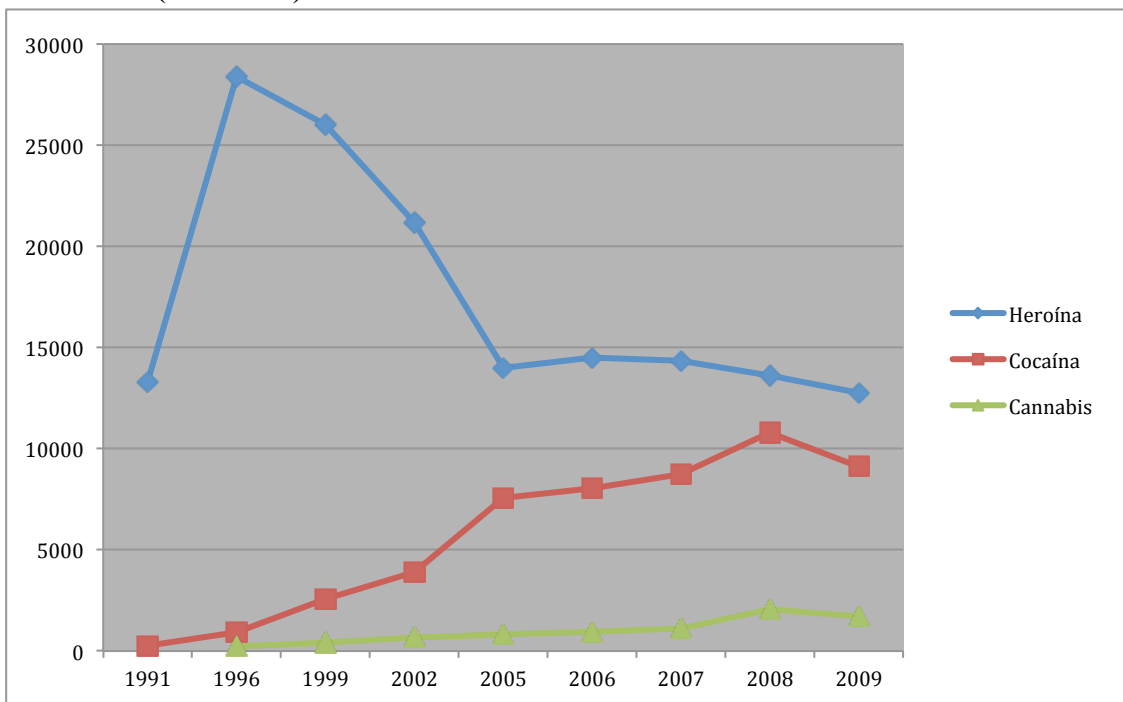
Para conocer, aunque someramente, la evolución del perfil de persona usuaria que acude a tratamiento disponemos de un indicador que registra aquellas personas que demandan tratamiento en algún centro ambulatorio (OED, 2011). Entre el año 1987 y el año 1998 se produce un aumento ininterrumpido de admisiones a tratamiento. Entre el año 1998 y el año 2002 el número de admisiones disminuyó, pasando de 54.338 en 1998 (año en el que se registró el mayor número de admisiones hasta el momento) a 46.744 en el año 2002. A partir de entonces este indicador volvió a ascender y se mantiene más o menos estable, alcanzando para el año 2009 un total de 52.549 admisiones. Según el Observatorio sobre Drogas del PNSD (OED, 2011), la disminución en el periodo 1998-2002 pudo deberse al inicio de los programas de tratamiento con metadona, que influyeron en que muchos drogodependientes dejaran de rotar por los servicios de tratamiento. En cuanto al incremento a partir del año 2002, el OED lo achaca al incremento en las admisiones a tratamiento por cocaína y cannabis. En relación con otros elementos vinculados al perfil de las personas usuarias, podemos destacar que una de cada seis admisiones era mujer (15,2%), y que la mitad de todas las admisiones eran primeros tratamientos. La edad media de las personas admitidas se situó en 33,1 años para el conjunto de las admisiones (29,8 para las personas admitidas por primera vez). Se observan diferencias según el tipo de sustancia, siendo la heroína el caso en el que se registra una media de edad más elevada (37,9 años) y el cannabis la más reducida (24,7 años). El cambio es radical en los últimos años en cuanto a la droga que motiva el tratamiento. En el año 2005, por primera vez la heroína cede el primer puesto a la cocaína. Esta última motivó el 44% de las admisiones en el año 2009, frente al 32,3% de la heroína y el 18,1% del cannabis. Si comparamos este perfil con el recogido en el apartado 3.2.4. respecto a Navarra, podremos observar que las tendencias son idénticas: reducción en el porcentaje de admisiones a tratamiento por heroína, escaso porcentaje de mujeres y progresivo incremento en la edad media de las personas admitidas a tratamiento.

Evolución de las admisiones (por primera vez) por tipo de sustancia que motiva el tratamiento (1991-2009).



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2011. Elaboración propia

Evolución de las admisiones (con tratamiento previo) por tipo de sustancia que motiva el tratamiento (1991-2009).



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2011. Elaboración propia

Se han desarrollado asimismo otro tipo de programas de reducción de daños con un volumen de población usuaria bastante más reducido, como los tratamientos con buprenorfina, los ensayos clínicos de dispensación de heroína, o las salas de venopunción. En el caso de los programas de intercambio de jeringuillas se distribuyeron más de 3 millones de éstas a través de unidades móviles y oficinas de farmacia. Los programas de atención al alcoholismo se han desarrollado en 509 centros ambulatorios que atendieron a 44.460 pacientes, 68 unidades hospitalarias que asistieron a 2.823, y 71 centros residenciales que atendieron a 2.269 usuarios.

En cuanto a la atención a perfiles específicos, en la memoria del año 2009 del PNSD se recogen varias experiencias al respecto: 89 programas de atención a mujeres con 5.682 usuarias, 103 programas de atención a menores con 2.743 atendidos, 94 programas de atención a la patología dual con 9.543 pacientes y 96 programas de atención a consumidores de psicoestimulantes con 5.085 personas atendidas.

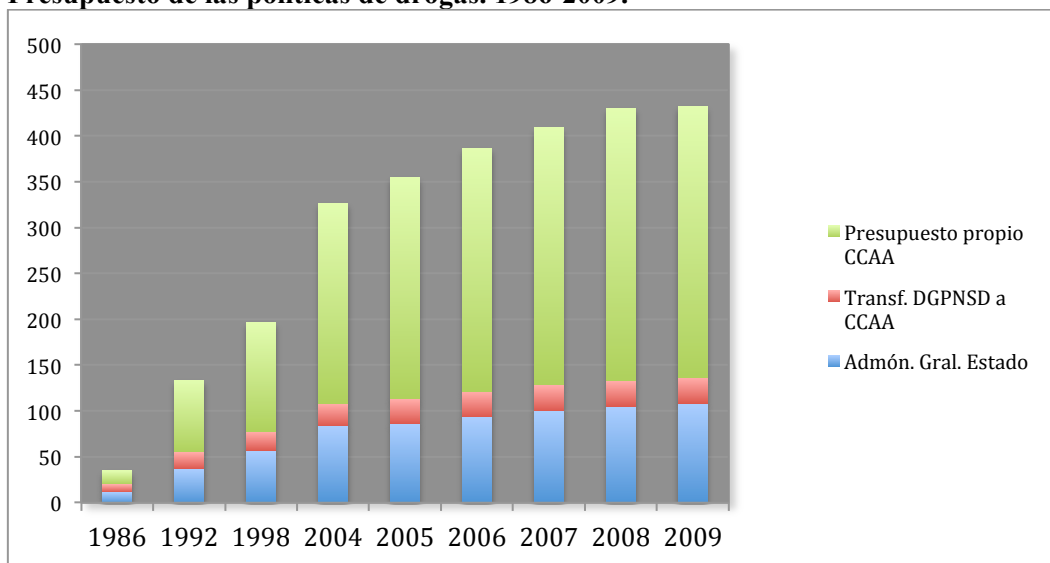
En los programas desarrollados en los centros penitenciarios en el año 2009 fueron atendidos un total de 34.103 personas, de las que 20.055 lo fueron en programas de metadona, 6.144 en tratamiento ambulatorio, y 7.934 en régimen modular. El desarrollo más notable de las intervenciones en el interior de las prisiones han sido los programas de tratamiento con metadona. Mientras que a mediados de los 90 los tratamientos ambulatorios y de metadona se movían en cifras similares, en 10 años los tratamientos ambulatorios apenas se han duplicado, pero las personas en tratamiento con metadona se han multiplicado por diez (aunque, al igual que en el resto de centros de tratamiento, se observa una reducción en el porcentaje de personas atendidas a partir del año 2006). El otro cambio asimismo notorio ha consistido en la implantación de programas de intercambio de jeringuillas: en el año 1997 solamente se llevaban a cabo en un centro y se dispensaron 2.582 kits; en el año 2009 había programas en 41 centros penitenciarios. No obstante, a partir del año 2006 se observa una notable reducción en el número de jeringuillas dispensadas, motivado por el menor uso de esta vía de consumo en la población penitenciaria.

○ La financiación de la respuesta

De los 35 millones de euros que dedicaron las administraciones públicas (sin incluir el ámbito local) a las políticas de drogas en el año 1986, hemos pasado a un presupuesto de 432 millones veintitres años después. Como puede observarse en el gráfico adjunto, se produce un crecimiento fuerte y sostenido hasta el año 2004, coincidiendo sobre todo con la creación y consolidación de las redes asistenciales y, posteriormente, aunque se mantiene positivo, se reduce de manera notable el incremento anual. Hasta que en el año 2008, coincidiendo con el inicio de la crisis económica, prácticamente se congela.

Cabe destacar, asimismo, la transformación en la estructura de las fuentes de financiación del presupuesto conjunto. Excepción hecha del año 1986, en el que apenas si estaban constituidos algunos planes autonómicos, aumenta de manera progresiva la aportación desde las administraciones autonómicas que pasan de suponer un 58,5% del conjunto en el año 1992 a un 68,3% en el año 2009. La contribución de la administración central se mantiene estable en torno a la cuarta parte, en tanto que las transferencias de la Delegación del Plan Nacional sobre Drogas hacia las comunidades autónomas se reducen desde un 13,7% que suponían en el año 1992 a representar solamente un 6,5% del presupuesto conjunto en el año 2009.

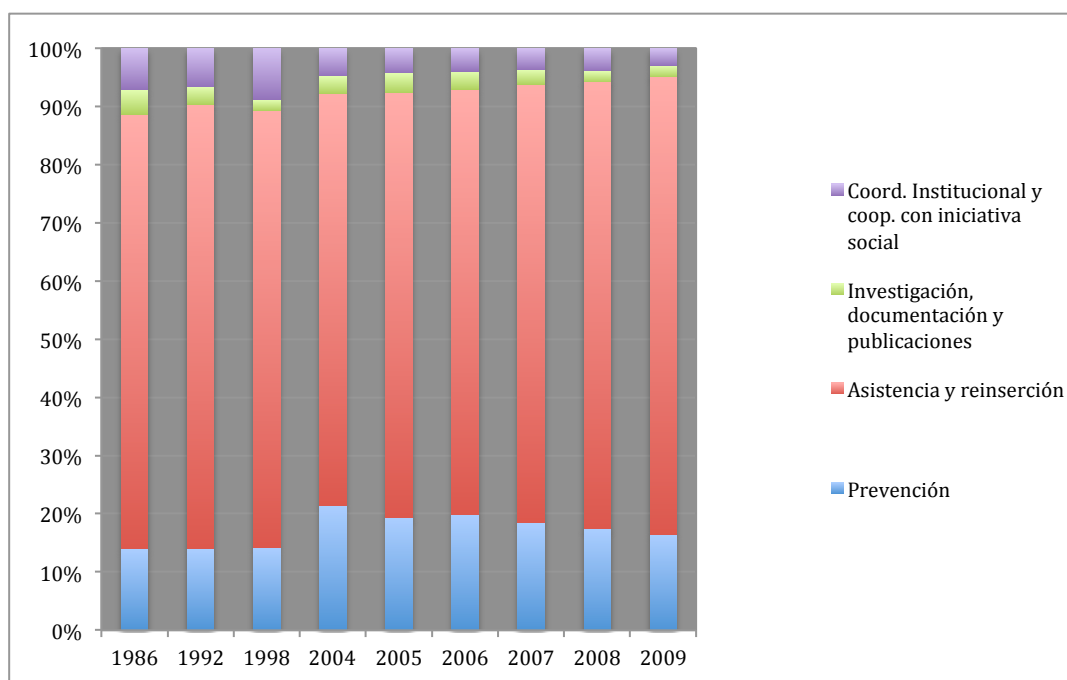
Presupuesto de las políticas de drogas. 1986-2009.



Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2009

La distribución del gasto de las Comunidades Autónomas por áreas de intervención no sufre grandes variaciones. Más de las tres cuartas partes de los presupuestos siguen dedicados al área de Asistencia y Reinserción y apenas supera el 15% los gastos realizados en acciones preventivas. Ya en el análisis de situación reflejado en la Estrategia Nacional 2000-2008 se hacía referencia a la falta de desarrollo del ámbito preventivo, reflexión que vuelve a incorporarse en la Estrategia Nacional 2009-2016, y que no será fácil solucionar si en la estructura de la distribución del gasto no se produce ninguna modificación. Más bien al contrario, a partir del año 2006 se observa incluso un incremento en la concentración del gasto en el capítulo de asistencia-reinserción, en detrimento de las áreas restantes.

Evolución del gasto en las CC.AA. por áreas de intervención. España 1986-2009.



Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2009

3.7.3. Una red fundamentalmente específica y con un enfoque biopsicosocial, pero con limitaciones: a modo de síntesis y conclusión.

El modelo europeo de tratamiento a drogodependientes está caracterizado por:

- Tener un carácter mayoritariamente público (en su gestión y/o en su financiación).
- Partir de un diseño “heroinocéntrico”, pero se observa una tendencia hacia la diversificación en los perfiles atendidos.
- Adoptar el enfoque de la reducción de daños como uno de los ejes fundamentales en su estrategia.

Alguno de sus principales retos son los siguientes:

- La generalización de los tratamientos en el medio penitenciario.
- La necesidad de redefinir objetivos y estrategias con la población envejecida.
- La atención a una población cada vez más diversa.

En el Estado Español, el Plan Nacional sobre Drogas (1985) supuso una experiencia temprana en lo que posteriormente se ha denominado enfoque o atención sociosanitaria. A pesar del “espíritu” sociosanitario recogido en su redacción, en su desarrollo emergieron dificultades para la implicación real de las redes de recursos no especializados.

La primera Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008) incidió en plantear objetivos claros y evaluables, además de incluir el alcohol como una de las sustancias a abordar. La vigente segunda Estrategia (2009-2016) insiste en la necesidad de mejorar la coordinación, en reflexionar sobre los nuevos modelos de consumo y en tener en cuenta la evidencia científica.

En cuanto a la evolución de la red asistencial en el Estado Español, la puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas significó la apuesta por una red

fundamentalmente específica, profesionalizada, orientada hacia la abstinencia, con enfoque biopsicosocial y gestionada desde el ámbito autonómico.

Durante estos más de veinte años se ha consolidado y reforzado esta red, que sigue siendo fundamentalmente específica, y se han incorporado las estrategias de reducción de daños y los tratamientos en el medio penitenciario. Sin embargo, se apuntan algunos riesgos como la excesiva medicalización o la compartimentación de áreas e intervenciones, por lo que el teórico modelo biopsicosocial no parece haberse desarrollado completamente.

La red fue “heroinocéntrica” en su diseño inicial. Al igual que ocurre en el conjunto de la Unión Europea, la tendencia observada es hacia la diversificación en los perfiles atendidos, aunque todavía el porcentaje de personas que están en tratamiento por heroína es muy elevado.

En cuanto a la financiación de las políticas sobre drogas, se ha observado un importante incremento desde la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas. Sin embargo, coincidiendo con el inicio de la crisis económica, a partir del año 2008 el presupuesto prácticamente se congela. La contribución autonómica ha ido en aumento, en detrimento de la estatal. Una constante, que aún hoy se mantiene, es la baja asignación del presupuesto a prevención (en torno al 16%).

3.8. LA DINÁMICA INTERNA DEL SUBSISTEMA DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS EN NAVARRA.

En apartados anteriores me he referido al objeto por el que se constituyó el subsistema de las políticas sobre drogas en Navarra, analizando la evolución de los consumos de drogas y de las drogodependencias en la Comunidad Foral. También he analizado las características y evolución de otros elementos que constituyen el marco del subsistema: los valores socioculturales y la estructura legal e institucional. Asimismo, he presentado las principales características de los subsistemas de políticas sobre drogas que circundan al de Navarra (el europeo y el español) y he analizado la evolución de otros elementos externos al subsistema, pero que tienen una gran influencia en su construcción y proceso: los cambios en las condiciones socioeconómicas y la evolución en las percepciones sociales. En este apartado presentaré y analizaré la dinámica interna que ha tenido el subsistema de las políticas sobre drogas en Navarra desde el año 1993 hasta el año 2009 (periodo de desarrollo del I PFD). Así podremos ver cómo ha respondido a la evolución en los modelos de consumo, cómo le han influido los subsistemas de políticas sobre drogas que le circundan y, en general, qué impacto han tenido en su desarrollo los elementos de su marco y contexto a los que me he referido en apartados anteriores.

Para la elaboración de este capítulo he utilizado dos fuentes. En primer lugar, las memorias anuales del PFD (1993-2008)⁶¹. En segundo lugar, las entrevistas a profesionales relacionados con el desarrollo del PFD y a personas usuarias de la red de tratamiento de Navarra, que fueron realizadas durante el segundo semestre del año 2009.

⁶¹ Cuando fue realizado el trabajo de campo de base (segundo semestre del año 2009) la memoria del año 2008 era la última disponible.

3.8.1. El I Plan Foral de Drogodependencias de Navarra.

Tras ocho años de desarrollo del Plan de Alcoholismo y Toxicomanías (PAT), en el año 1993 se aprueba el I Plan Foral de Drogodependencias (PFD). Siguiendo la metodología empleada para el diseño del Plan Nacional sobre Drogas, en este caso también se contó con la participación de múltiples instituciones públicas y entidades sociales de Navarra en su elaboración.

En comparación con otras comunidades autónomas, el I PFD era un plan de primera generación, es decir, de los planes elaborados y aprobados antes de la Primera Estrategia Nacional sobre Drogas (año 2000). De hecho, durante varios años Navarra fue la única comunidad (junto a la de La Rioja) cuyo plan había sido aprobado en la década de los 90⁶². Por ello, en su diseño no se observaban algunos rasgos comunes a los planes de segunda generación: estructura y diseño metodológico próximo al de un plan estratégico; incorporación de algunos principios como la visión de género, la eficacia y la eficiencia, la responsabilidad, la calidad o la evidencia científica; fuerte presencia del enfoque de la reducción de daños y riesgos; priorización de los programas de prevención selectiva e indicada, como una estrategia dirigida a incidir sobre los nuevos modelos de consumo⁶³. Asimismo, otro rasgo diferenciador del Plan navarro consistió en su opción por incorporar el área de tratamiento en la red general de salud mental (aunque también contemplaba la existencia de algunos recursos específicos). En cuanto a la ubicación institucional del Plan, tanto el Director como el equipo técnico están ubicados desde el inicio en el Departamento de Salud, tal y como es la tendencia actualmente mayoritaria en los planes autonómicos⁶⁴.

El PFD fue diseñado en los últimos años de la denominada “crisis de la heroína”, cuando la preocupación social por “las drogas” aún era elevada. Sin embargo, el periodo central de su desarrollo ha sido a lo largo de la que hemos denominado “década tranquila” (1995-2005), cuando se produjo un equilibrio paradójico entre una baja percepción del problema en la sociedad y un alto consumo de drogas. De hecho, el

⁶² El II PFD no fue aprobado por el Parlamento de Navarra hasta el año 2013.

⁶³ Ver apartado 3.2.1.

⁶⁴ Como ya se ha referido en el apartado 3.4.3., a partir del año 2011 el Gobierno de Navarra elimina la figura de Director del Plan.

propio desarrollo del Plan ha sido uno de los factores que han contribuido a la generación de esa “década tranquila”, al percibir la sociedad que había una “respuesta para las personas que tuvieran esos problemas”, que “los problemas estaban encauzados y controlados”. En el momento actual coinciden dos factores que pueden suponer un riesgo para el desarrollo futuro del subsistema de las políticas sobre drogas en Navarra: “las drogas” ocupan un lugar extremadamente marginal entre las preocupaciones sociales⁶⁵; nos encontramos en una situación de crisis socioeconómica que está siendo afrontada con recortes en los gastos de las administraciones públicas⁶⁶. No obstante, la coyuntura actual también puede ser idónea para replantear las metodologías y las estrategias que se venían desarrollando hasta el momento.

3.8.2. Análisis documental.

El PFD fue estructurado en torno a seis programas (coordinación, asistencia e intervención comunitaria, intervención sobre la demanda, control de la oferta, municipal y sistema de información y vigilancia), pero por el objeto de esta tesis analizaré únicamente dos de ellos: coordinación y asistencia e intervención comunitaria.

3.8.2.1. Programa de coordinación.

Al igual que ocurrió en el diseño del Plan Nacional sobre Drogas, y posteriormente en la Estrategia Europea sobre Drogas, el documento del I Plan Foral de Drogodependencias concedía una gran importancia a la coordinación, constituyéndose incluso en uno de los seis programas que lo conformaban.

En el documento se planteaba una ambiciosa propuesta de coordinación, consistente en la creación de las siguientes estructuras de participación interinstitucionales:

⁶⁵ Según los barómetros mensuales del CIS. Ver apartado 3.6.

⁶⁶ De hecho, y como ya he comentado anteriormente, ya se ha producido alguno en el propio PFD.

- Comisión técnica y de seguimiento del PFD, presidida por el Presidente del Gobierno e integrada por diferentes Directores Generales del Gobierno de Navarra y otros representantes de alto nivel de ayuntamientos, judicatura, entidades sociales, etc.
- Subcomisiones de entidades y de comunidades terapéuticas.
- Grupo de trabajo con los responsables de los recursos asistenciales.

Las dos primeras estructuras jugaron un papel fundamental en el periodo entre la aprobación de las bases del I PFD (29 de junio de 1992) y la aprobación definitiva del Plan por parte del Gobierno de Navarra (10 de enero de 1994). Sin embargo, posteriormente se fue reduciendo el número de reuniones hasta dejar de celebrarse a partir del año 1995. En el caso de la primera estructura, con representación institucional del máximo nivel, posiblemente fue pensada cuando “las drogas” constituían uno de los principales problemas para la ciudadanía y estaban muy presentes en la agenda pública y política. Sin embargo, fue difícilmente sostenible cuando, a mediados de la década de los 90, la alarma social había comenzado a reducirse. En cuanto a la tercera estructura prevista, no llegó a constituirse de una manera formal ni sistemática. Al estar los recursos asistenciales ubicados institucionalmente en la red de salud mental, la coordinación de estos recursos ha correspondido a la entonces Subdirección de Salud Mental y no al Plan Foral. Sin embargo, desde la Subdirección no se han realizado actuaciones específicas de coordinación de la atención a las drogodependencias, por lo que ésta es una de las debilidades importantes en el desarrollo del Plan, como veremos también posteriormente al analizar la opinión de los agentes implicados.

Al margen de esta estructuras debo señalar que, en la gobernanza del Plan, ha cobrado un papel muy relevante la figura del Director Técnico del Plan Foral de Drogodependencias, regulada por el Decreto Foral 13/1993. Para facilitar el cumplimiento de sus funciones, especialmente las vinculadas a la coordinación interdepartamental, se estableció que tuviera un rango de Director de Servicio. Asimismo, y debido a que un Plan de estas características debe superar los tiempos que marcan las legislaturas políticas, se decidió que tuviera un marcado perfil técnico.

Asimismo, se han desarrollado otras dos interesantes experiencias de coordinación interinstitucional, con un marcado carácter sociosanitario:

- La cofinanciación de Programas Municipales de Drogodependencias (PMD) por parte del Departamento de Salud. De esta manera, con presupuestos procedentes del Departamento de Salud, se han podido financiar profesionales y actuaciones ubicadas en los servicios sociales municipales. Asimismo, supone una interesante experiencia de coordinación entre técnicos ubicados en “lo social” (PMD) y técnicos ubicados en el ámbito de la salud (PFD).

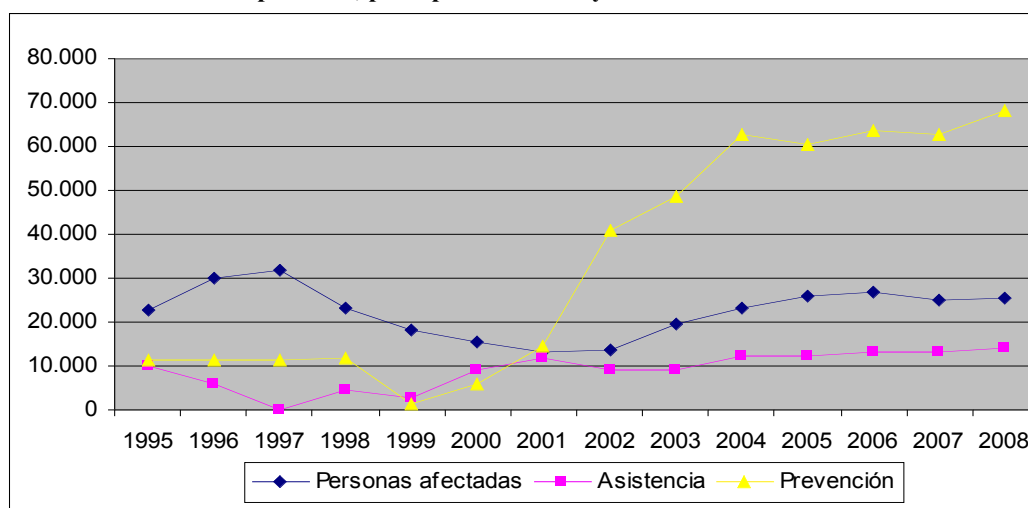
Desde la aprobación del I Plan Foral de Drogodependencias el crecimiento en el número de programas municipales ha sido constante. Desde los cinco programas que existían en los años 1993 y 1994, hasta los 42 cofinanciados en el año 2009. En ese año la cobertura territorial de los PMD era muy elevada: todo el territorio navarro excepto la zona de Ultzama, Aranguren y los barrios pamploneses de Ensanche, San Juan, Ermitagaña, Mendillorri, Iturrama, Milagrosa y Azpilagaña. Por lo tanto, el 81% de la población navarra contaba con un PMD en su zona de residencia.

Estos PMD orientan su actuación fundamentalmente hacia la prevención, aunque también desarrollan algunos servicios de apoyo al tratamiento y a la incorporación social, como veremos en el siguiente apartado.

- La financiación de programas de entidades sociales a través de la convocatoria de subvenciones del Departamento de Salud. El presupuesto para la financiación de las entidades sociales se ha ido incrementando año tras año, desde los 75.425 euros del año 1995 hasta los 269.728 del año 2008. Desde el primer momento se ha subvencionado tanto a entidades sociales específicas sobre drogodependencias como a entidades sociales no específicas pero que realizan o pueden realizar actuaciones de promoción de la salud. No obstante, se observa que, si en los primeros años había un mayor número de entidades específicas que recibían subvención, posteriormente su número ha ido decreciendo a la par que se incrementaba la presencia de las asociaciones no específicas.

Respecto a las entidades sociales específicas, han recibido subvención a lo largo de estos años asociaciones de personas afectadas (fundamentalmente familiares de drogodependientes), entidades dedicadas a la asistencia a drogodependientes y asociaciones enfocadas hacia la prevención. El análisis de la evolución histórica nos permite observar cómo las entidades de personas afectadas eran las más numerosas y las que recibían un mayor porcentaje de las subvenciones hasta el año 2001, mientras que a partir de ese momento se produce un importante y sostenido incremento en el número y la financiación recibida por las entidades especializadas en prevención, estabilizándose el porcentaje recibido por los otros dos tipos de entidades.

Gráfico 29. Evolución de la subvención concedida por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra a entidades específicas, por tipo de entidad y año. Años 1995-2008.



Fuente: Dirección Técnica del PFD

3.8.2.2. Programa de asistencia.

El documento del I Plan Foral de Drogodependencias (PFD) planteaba garantizar la asistencia en la red pública o concertada a las personas que presentaran problemas derivados del consumo de drogas. Para ello se proponía establecer un circuito terapéutico estructurado en torno a varios niveles:

- Primario: atención primaria de salud y servicios sociales de base.
- Secundario: centros de salud mental y unidades de hospitalización psiquiátrica.
- Terciario: hospitales de día y hospitales generales.

- Específico: centros de día, comunidades terapéuticas y pisos de acogida.

En general se ha cumplido el diseño previsto (salvo alguna excepción que comentaré posteriormente). Sin embargo, podríamos hablar de cierto estancamiento en el crecimiento de la red de tratamiento. Teniendo en cuenta que el periodo de desarrollo del Plan ha coincidido (salvo los últimos años) con un importante periodo de crecimiento económico y de ampliación en el gasto social, y teniendo en cuenta también que estos años se han mantenido unos altos niveles de consumo de drogas y no han descendido las demandas de atención, resulta llamativo cómo se han incrementado escasamente los dispositivos y/o programas existentes. Esta circunstancia se torna especialmente grave en el momento actual, cuando los previsibles “recortes” puedan afectar a una red que no estaba suficientemente dotada y consolidada.

Describiré a continuación el grado de cumplimiento de este circuito terapéutico previsto por el I PFD.

- o **Nivel Primario.**

El documento del I PFD asigna esta labor a la atención primaria de salud y los servicios sociales de base. Sin embargo, y como ya se refirió en el apartado 3.4.3., en el año 2003 la Salud Mental fue adscrita a los Servicios Especializados del Servicio Navarro de Salud, quedando como única vía de acceso la derivación desde los centros de atención primaria de salud. En la tabla que incorporo más abajo se puede observar una de las consecuencias de esa transformación: la desaparición de la vía de acceso directo al Programa de Drogodependencias (que en el año 1993 fue utilizada por 134 personas) y de la derivación directa de los Servicios Sociales. Asimismo, se puede observar cómo la vía de acceso a través de los centros de salud se incrementó precisamente en los primeros años de la reforma (2003 y 2004), aunque en los años posteriores se ha reducido, a la vez que se ha incrementado de manera importante la categoría “desconocido”⁶⁷.

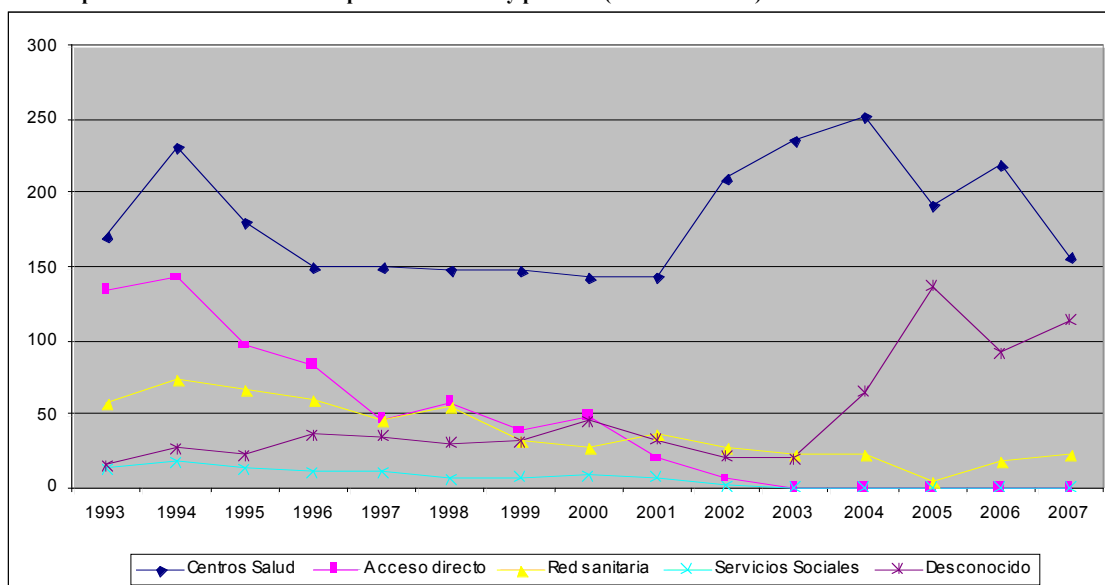
⁶⁷ Se trata de casos en los que el o la profesional no ha incluido esta información.

Tabla: población derivada a C.S.M. por vía de acceso y por año. (Años 1993-2007)⁶⁸

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Centros Salud	170	232	181	149	150	148	147	142	144	210	236	252	192	219	156
Acceso directo	134	142	96	83	46	58	38	49	20	6	0	0	0	0	0
Red sanitaria	57	73	67	59	45	55	33	28	37	27	22	23	4	19	22
Servicios Sociales	13	17	13	10	11	6	7	8	7	1	0	0	0	0	0
Desconocido	15	27	22	36	35	30	31	45	32	21	20	65	137	91	113

Fuente: memorias del PFD.

Gráfico: población derivada a C.S.M. por vía de acceso y por año. (Años 1993-2007)



Fuente: memorias del PFD.

A continuación ofrezco información sobre las actuaciones desarrolladas desde los equipos de atención primaria de salud (EAPS, en adelante) y los servicios sociales, especificando asimismo el marco normativo e institucional desde el que trabajan:

La Cartera de Servicios de la Dirección de Atención Primaria de Salud⁶⁹ recoge la actuación ante el uso de drogas entre sus servicios básicos de cumplimiento obligado. Señalaré los epígrafes en los que se recoge de manera específica:

⁶⁸ A diferencia de otras tablas, en este caso se aporta únicamente información hasta el año 2007, ya que posteriormente no se registraba este dato en las memorias del PFD.

⁶⁹ Aprobada el 31 de agosto de 2009.

- 01.10. Atención a toxicomanía. Soporte, orientación y seguimiento.

Criterios de inclusión: patrones desadaptativos de consumo de sustancias tanto legales como ilegales, manifestado por consecuencias adversas significativas para la salud y de tipo recurrente.

- 01.14. Atención al consumo excesivo de alcohol.

Criterios de inclusión: consumo mayor de 5 unidades de bebida al día o mayor de 35 unidades a la semana para varones, y en la mujer más de 3 unidades al día o mayor de 21 unidades a la semana⁷⁰.

A partir de los datos recogidos por el Sistema de Información del Servicio Navarro de Salud (OMI), ofrezco a continuación la información disponible sobre las actuaciones de los EAPS en el ámbito de las drogodependencias. Sobresale especialmente la elevada desproporción entre casos de consumo excesivo de alcohol detectados y aquellos con los que se interviene específicamente.

- Personas mayores de 15 años que, según los criterios de la CIAP⁷¹, están incluidas en la categoría de población con abuso de medicamentos y drogas.
 - Prevalencia de casos por abuso excesivo de medicamentos y drogas en Navarra: 2.838 (0,54% de la población navarra mayor de 15 años).
 - Prevalencia “activa”⁷² de casos por abuso excesivo de medicamentos y drogas en Navarra: 2.541. Eso supone que se ha realizado alguna intervención con el 89,53% de los casos detectados.

⁷⁰ 1 unidad de bebida equivale a 8 gramos de alcohol o el equivalente de 1 vaso de vino a 1 caña de cerveza. 1 combinado, 1 vaso de güisqui u otros licores equivalen a 2 unidades de bebida.

⁷¹ Código Internacional de Atención Primaria.

⁷² Personas con las que se ha realizado algún tipo de intervención durante ese año.

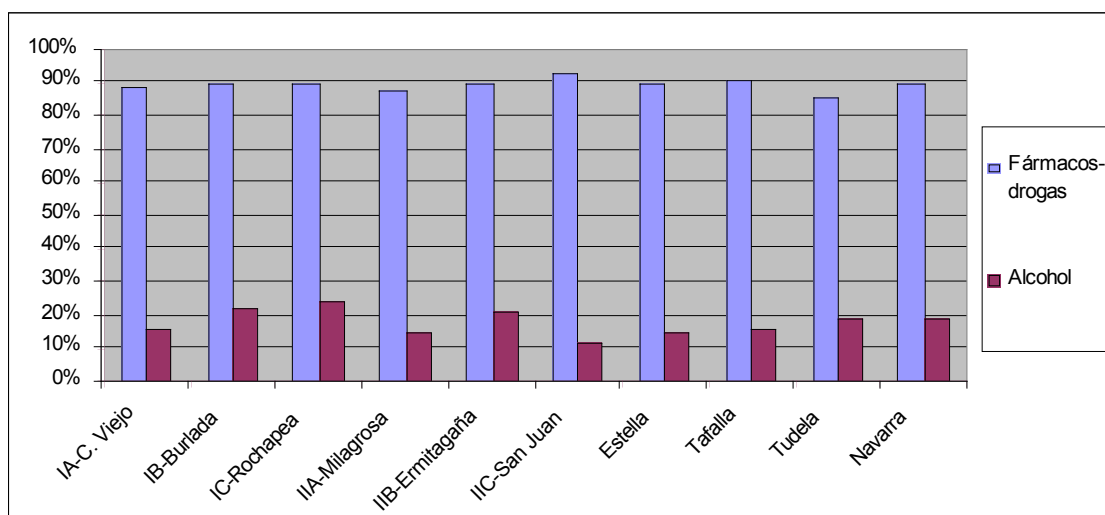
- Personas mayores de 15 años que, según los criterios de la CIAP⁷³, están incluidas en la categoría de población con consumo excesivo de alcohol.
- Prevalencia de casos por consumo excesivo de alcohol: 5.098 (0,97% de la población navarra mayor de 15 años).
- Prevalencia “activa”⁷⁴ de casos por consumo excesivo de alcohol: 958. Eso supone que se ha realizado algún tipo de intervención con el 18,77% de los casos detectados.

Tabla: personas incluidas en la CIAP por abuso de fármacos-drogas y alcohol por tipo de prevalencia y C.S.M de referencia (agosto de 2009).

C.S.M.	Fármacos-drogas			Alcohol		
	Prevalencia	Prevalencia activa	% prev.act./prev	Prevalencia	Prevalencia activa	% prev.act./prev
IA-C. Viejo	202	180	89,11%	428	70	16,36%
IB-Burlada	251	225	89,64%	601	134	22,30%
IC-Rochapea	656	591	90,09%	1.255	298	23,75%
IIA-Milagrosa	223	196	87,89%	479	73	15,24%
IIB-Ermitagaña	229	206	89,96%	426	88	20,66%
IIC-San Juan	268	248	92,54%	447	53	11,86%
Estella	363	327	90,08%	423	61	14,42%
Tafalla	255	232	90,98%	487	77	15,81%
Tudela	391	336	85,93%	552	103	18,66%
Navarra	2.838	2.541	89,53%	5.098	957	18,77%

Fuente: servicio navarro de salud-osasunbidea. Dirección de atención primaria

Gráfico: porcentaje de personas con prevalencia activa sobre el total de prevalencias por categoría de en la CIAP y por CSM en 2009.



Fuente: servicio navarro de salud-osasunbidea. Dirección de atención primaria

⁷³ Código Internacional de Atención Primaria.

⁷⁴ Personas con las que se ha realizado algún tipo de intervención durante ese año.

Tabla: porcentaje de personas incluidas en la CIAP por abuso de fármacos-drogas y alcohol por tipo de prevalencia y C.S.M en agosto de 2009. (Datos de población a 1 de enero de 2009)

C.S.M.	Medicamentos-drogas		Alcohol	
	Prevalencia	Prevalencia activa	Prevalencia	Prevalencia activa
IA-C. Viejo	0,41%	0,36%	0,87%	0,14%
IB-Burlada	0,40%	0,36%	0,96%	0,21%
IC-Rochapea	0,84%	0,75%	1,60%	0,38%
IIA-Milagrosa	0,40%	0,35%	0,86%	0,13%
IIB-Ermitagaña	0,46%	0,41%	0,86%	0,18%
IIC-San Juan	0,48%	0,45%	0,81%	0,10%
Estella	0,67%	0,60%	0,78%	0,11%
Tafalla	0,65%	0,59%	1,25%	0,20%
Tudela	0,48%	0,41%	0,67%	0,13%
Navarra	0,54%	0,48%	0,97%	0,18%

Fuente: servicio navarro de salud-osasunbidea. Dirección de atención primaria

La Cartera de Servicios del Departamento de Asuntos Sociales⁷⁵ apenas hace alusión a las drogodependencias. Únicamente se puede considerar específico el denominado “Servicio de ayudas económicas para gastos de libre disposición a personas que reciben tratamiento en comunidad terapéutica”. La definición del objeto de este servicio es la siguiente:

- “Ayuda económica destinada a cubrir gastos de libre disposición, que comprenden conceptos como productos de higiene personal, ropa, transporte, etc., a aquellas personas que estén siguiendo un tratamiento en comunidad terapéutica y no dispongan de recursos propios ni familiares”⁷⁶.

Sin embargo, se puede entender que en varios de sus servicios tiene cabida el abordaje de objetivos relacionados con este fenómeno (aunque en ningún momento es mencionada específicamente la drogodependencia):

- Servicio de acogida, orientación, asesoramiento, valoración y diagnóstico social y/o socioeducativo, y de prevención y promoción social. Se ha definido un servicio de este tipo en tres de los cuatro programas básicos de los servicios sociales: Acogida y Orientación Social; Incorporación Social; Infancia y Familia. En todos los casos, y en relación con la atención

⁷⁵ Aprobada en el año 2006.

⁷⁶ Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de servicios sociales.

individual/familiar, el objeto de estos servicios es definido de la siguiente manera:

“Detectar las necesidades sociales de las personas teniendo en cuenta sus carencias, capacidades, potencialidades y prioridades para dar una primera respuesta a esas necesidades, derivar a otros programas del Servicio Social de Base o a otros servicios sociales especializados”⁷⁷.

- Servicio de acompañamiento social en el Programa de Incorporación Social. Señalaremos a continuación la definición del objeto de este servicio.

“Apoyar procesos de incorporación social, según un itinerario diseñado, para que las personas en situación de exclusión social o riesgo de estarlo puedan movilizar sus recursos, capacidades y potencialidades y utilicen los recursos de su entorno”⁷⁸.

Al margen de lo planteado en la Cartera de Servicios Sociales, ya se ha mencionado que durante todo el periodo de vigencia del PFD se ha cofinanciado el desarrollo de diferentes Programas Municipales de Drogas (PMD), adscritos en la práctica totalidad de los casos a los servicios sociales de base. Podríamos decir que, esta colaboración sociosanitaria entre los servicios sociales municipales y el PFD, ha compensado la ausencia de un enfoque específico en la Cartera de Servicios Sociales. Dos de los servicios que ofrecen varios de estos PMD se sitúan en el ámbito del apoyo al tratamiento y a la incorporación social:

- Apoyo al tratamiento.
 - Detección.
 - Acogida y motivación al tratamiento.
 - Derivación y seguimiento a otros recursos o dispositivos especializados.
 - Intervención con familias de drogodependientes.

- Incorporación social.

⁷⁷ Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de servicios sociales.

⁷⁸ Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de servicios sociales

- Apoyo individual.
- Apoyo familiar.
- Orientación.

Durante los primeros años de desarrollo del Plan, estos servicios cobraron un importante impulso. Entre los años 1993 y 1994 se organizó un grupo de trabajo con los cinco PMD existentes en ese momento. Fruto de ese trabajo fue un documento en el que se realizaba una descripción de los programas y servicios que debían ser desarrollados desde estas estructuras: “Programas de intervención en drogodependencias por los Servicios Sociales de Base Municipales”⁷⁹. Como complemento al documento mencionado, dos años más tarde (1996) fue publicado un texto denominado “La incorporación social de las personas con problemas de drogas” (Funes, 1995) . Su autor fue Jaume Funes, aunque en su elaboración participó un grupo de expertos y expertas de la Comunidad Foral de Navarra y de la Comunidad Autónoma Vasca. Este documento ha aportado la fundamentación teórica a la intervención que durante estos años ha sido desarrollada desde los PMD en el ámbito del apoyo al tratamiento y a la incorporación social.

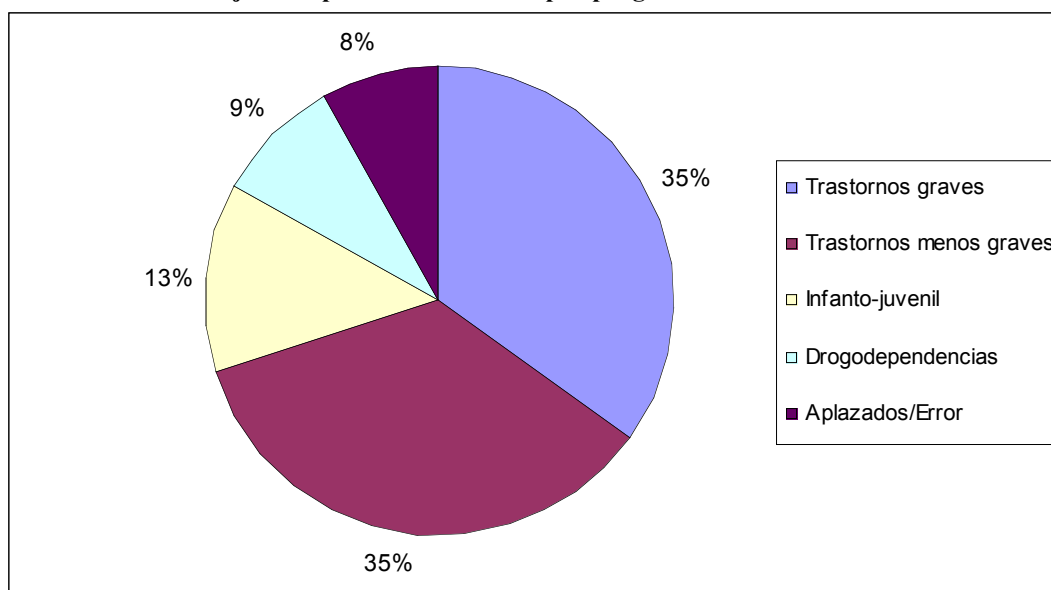
Sin embargo, las memorias del PFD recogen información que refleja una implicación menor de los PMD en el apoyo al tratamiento y a la incorporación social de personas drogodependientes. A través de ellas podemos observar que, durante el año 2008, 10 PMD recogieron actuaciones relacionadas con el apoyo al tratamiento en sus memorias (el 23% de los PMD cofinanciados por el PFD durante ese año), mientras que respecto a la incorporación social fueron 12 (el 28% de los PMD cofinanciados por el PFD durante ese año). Claramente, el enfoque de los PMD ha estado más orientado hacia la prevención.

⁷⁹ Documento sin publicar.

○ **Nivel Secundario.**

Centros de Salud Mental (CSM). El programa de drogodependencias ha sido tradicionalmente uno de los tres programas definidos teóricamente como prioritarios en los CSM, junto con el de trastornos mentales graves y el infanto-juvenil. De todos ellos, es el que acoge a un menor porcentaje de personas usuarias: 8%, frente al 35% en el caso de los trastornos graves y 9% en el infanto-juvenil.

Gráfico 19. Porcentaje de la población atendida por programa en CSM. Navarra. Año 2008.



Fuente: Memoria Subdirección Salud Mental 2008.

El documento del I PFD contemplaba la creación de “subequipos especialmente dedicados al Programa de Drogodependencias” en los CSM que lo precisaran por su composición, carga de trabajo o especial dedicación a las drogodependencias. Sin embargo, esta medida no ha sido materializada. Además, el moderado crecimiento de la plantilla de los CSM ha afectado también al Programa de Drogodependencias. Desde el año 1995 la plantilla ha sido ampliada únicamente en 10,8 jornadas completas⁸⁰. El crecimiento se ha producido fundamentalmente en el grupo de profesionales de psiquiatría (de 21,4 a 27,5) y en psicología (de 12,3 a 16), mientras que en trabajo social y auxiliares de clínica no se ha producido ningún incremento y en enfermería únicamente hay una persona más en el año 2008 respecto al año 1995.

⁸⁰ Se trata de la plantilla dedicada a atender todas las demandas recibidas en la red de centros de salud mental, y no únicamente las relacionadas con el Programa de Drogodependencias.

Tabla: número de profesionales en la red de salud mental por ámbito profesional y año. (Años 1995-2008)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Psiquiatría	21,4	21,4	22	23	23	23	23,3	23,3	23,3	23,3	23,3	25	25	27,5
Psicología	12,3	12,3	13	14	14	13	14	14	14	14,5	15,5	15,5	15,5	16
Enfermería	13	13	13	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Trabajo social	9	9	9	9	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Aux. clínica	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
Total personal	60,7	60,7	61	65	64	64	65,3	65,3	65,3	65,8	66,8	68,5	68,5	71,5

Fuente: Memorias del PF

El insuficiente crecimiento de la plantilla respecto al incremento de la demanda de atención en salud mental⁸¹ ha llevado a una realidad general de saturación de la red de salud mental. Como consecuencia, la intensidad de la intervención, también en el Programa de Drogodependencias, es reducida. Los y las pacientes atendidos en este Programa han tenido, como media, 6,8 citas anuales, es decir, algo más de una cita cada dos meses. Las personas cuya demanda de tratamiento ha sido el alcohol, son las que han tenido un número de citas anuales por encima de la media (7,1), mientras que las personas que acudieron a tratamiento por consumo de cannabis son las que han tenido un menor número de citas de media (6,1).

Tabla: número de citas al año en C.S.M. por tipo de sustancia que demanda la intervención. Valor más alto, valor más bajo y valor medio. (Años 1993-2008).

	Valor + alto	Valor + bajo	Valor medio
Alcohol	8,1	6,3	7,12
Cocaína	10,3	4,3	6,78
Sustancias múltiples	8,5	2,9	6,69
Opiáceos	10,9	4,5	6,25
Estimulantes	7,7	4,8	6,23
Cannabis	7,6	4,2	6,10
Total	8,8	6	6,81

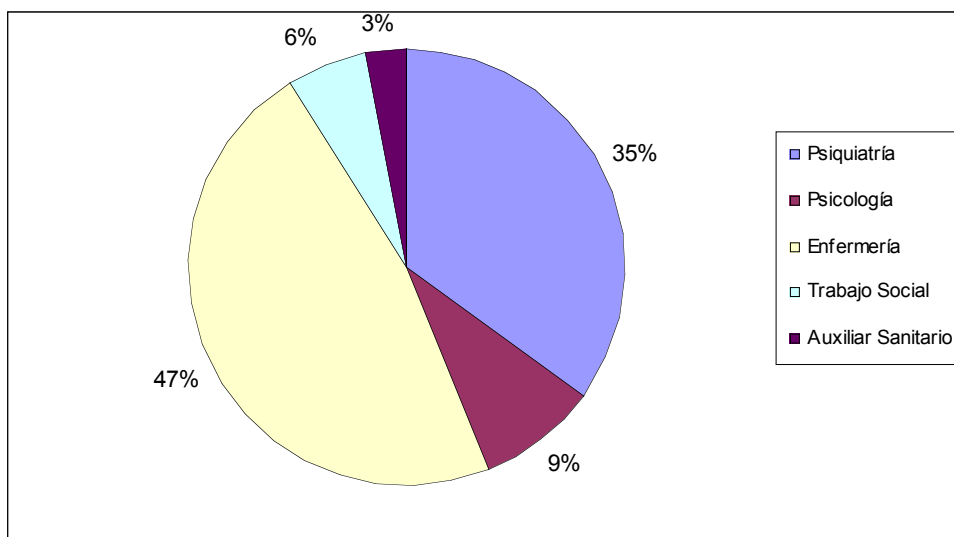
Fuente: memorias del PFD.

El tipo de profesional que más consultas realiza en el Programa de Drogodependencias es el de enfermería, seguido de psiquiatras. Por el contrario, la intervención de auxiliares sanitarios, profesionales del trabajo social y profesionales de la psicología, en coherencia con su menor proporcionalidad en los equipos, es muy reducida. Esta es una de las consecuencias (en este caso negativas, desde mi punto de vista) de la ubicación del tratamiento a drogodependientes en la red general de salud

⁸¹ Si en el año 1995 hubo 15.012 pacientes, en el año 2010 ascendieron a 19.149. Fuente: Memorias de la Subdirección de Salud Mental. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

mental. Las comunidades autónomas que cuentan con redes específicas disponen de equipos de un carácter más multidisciplinar⁸², por lo que pueden desarrollar programas de mayor integralidad e intensidad.

Gráfico 20. Porcentaje de consultas por tipo de profesional en el programa de drogodependencias de C.S.M. Navarra. Año 2008



Fuente: Memoria Subdirección Salud Mental 2008.

Otro de los recursos de Nivel Secundario son las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP), no específicas de drogodependencias, pero a las que el I PFD asignaba el abordaje de la desintoxicación hospitalaria en aquellos casos que fuera necesario y que la misma no pudiera ser abordada de manera ambulatoria.

El análisis de la evolución en el número de personas atendidas en las UHP nos informa sobre una reducción en su número: 234 personas atendidas en el año 1993 frente a 130 en el año 2008. Esta reducción parece acentuarse en los últimos tres años: 194 personas atendidas en el año 2006 frente a 130 en el año 2008. Esta tendencia es coherente con el cambio producido en los patrones de consumo (con un incremento en las adicciones a sustancias que no precisan una desintoxicación hospitalaria) y en las metodologías de tratamiento (que permiten el abordaje de la desintoxicación de una manera ambulatoria).

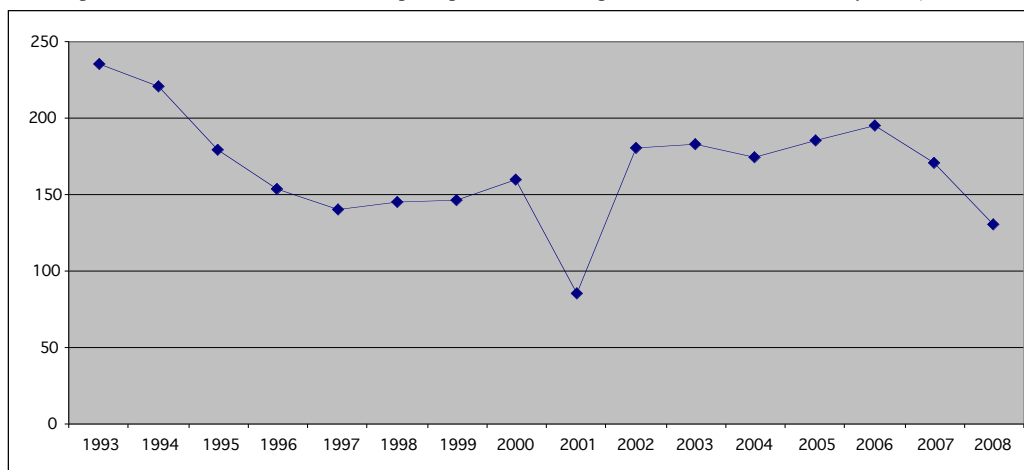
⁸² Presencia de profesionales de la educación social, mayor presencia de profesionales de la psicología y el trabajo social, etc. Además, la ratio de pacientes por profesional suele ser menos elevada.

Tabla: población atendida en U.H.P. por tipo de sustancia que demanda el tratamiento y año. (Años 1993-2008)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Alcohol	136	155	97	80	82	98	85	98	49	114	101	95	108	123	97	67
Opiáceos	98	62	57	45	39	22	36	22	34	31	38	27	35	26	20	10
Otras drogas		3	25	28	18	24	25	39	0	35	43	52	42	45	53	53
Total	234	220	179	153	139	144	146	159	83	180	182	174	185	194	170	130

Fuente: memorias del PFD.

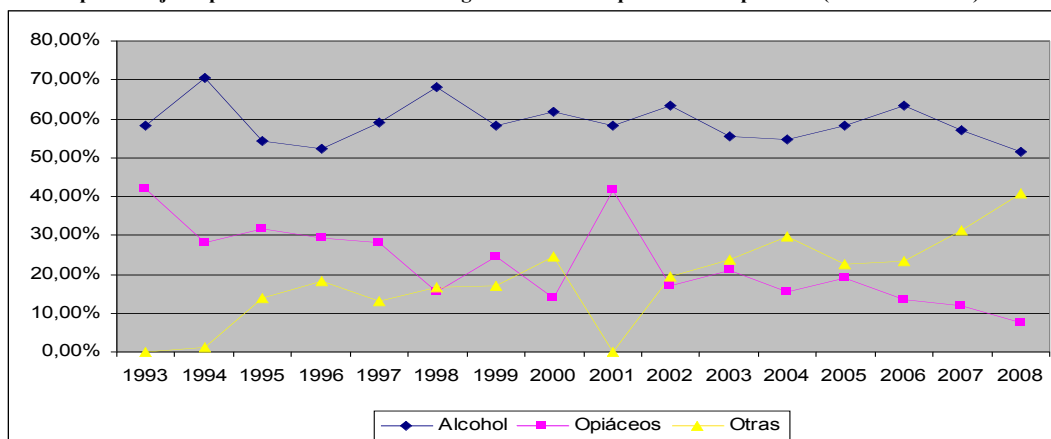
Gráfico: población total atendida en U.H.P. por tipo de sustancia que demanda el tratamiento y año. (Años 1993-2008)



Fuente: memorias del PFD.

Si analizamos el número de personas atendidas de acuerdo a la sustancia que motivó el tratamiento, podemos observar que la mayor reducción se ha producido en la categoría “opiáceos”: 98 personas en el año 1993 frente a 10 en el año 2008. Las personas ingresadas por adicción al alcohol se han reducido también, pero de una manera mucho menos acusada. En cuanto a la categoría “otras drogas”, la tendencia a lo largo de estos años ha sido de crecimiento, aproximándose en el año 2008 al número de personas ingresadas por adicción al alcohol.

Gráfico: porcentaje de población en tratamiento según la sustancia que lo motivó por año. (Años 1993-2008)



Fuente: memorias del PFD.

○ **Nivel terciario.**

El nivel terciario, de acuerdo con el circuito terapéutico diseñado por el I PFD, está constituido por los hospitales de día y los hospitales generales. Es el nivel que menor desarrollo ha tenido durante estos años.

- Hospitales de Día. Dependientes de la Subdirección de Salud Mental. Se trata de recursos de atención diurna, pero no residenciales. No están especializados en las drogodependencias, sino que atienden todo tipo de trastornos mentales graves. Su grado de participación en la atención a personas drogodependientes ha sido muy poco relevante durante estos años. Han desarrollado 17 procesos terapéuticos anuales de media, siendo 15 en el año 2008.
- Hospitales Generales. Dependientes del Servicio Navarro de Salud. Los únicos datos recogidos en las memorias son los referidos a las unidades de hospitalización psiquiátrica (ya reflejados en el anterior apartado). No he encontrado ningún procedimiento o protocolo específico que se haya elaborado para la detección, derivación o atención de casos desde otros servicios de los hospitales.

○ **Servicios Específicos.**

De acuerdo con el circuito terapéutico diseñado por el I PFD, los recursos de los tres primeros niveles no son específicos de drogodependencias sino que se trata de recursos de las redes generales. Sin embargo, también contempla algunos recursos específicos como complemento a los servicios prestados desde los anteriores niveles. Se trata de centros de atención diurna, comunidades terapéuticas y pisos de acogida.

Los centros de atención diurna son recursos no residenciales en los que se presta una atención más intensiva que en los centros ambulatorios. Este tipo de atención es desarrollada a través de los siguientes servicios:

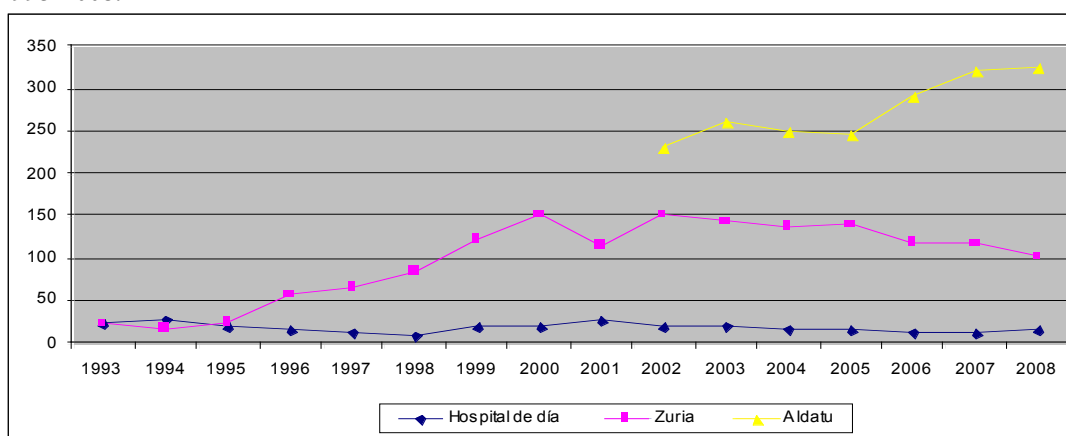
- Hospital de Día para Drogodependientes *Zuria*, ya existente antes de la aprobación del I PFD (aunque entonces se denominaba Centro de Día). Es un servicio público gestionado por una entidad privada. Desde su creación, el

servicio ha sido contratado con la asociación Oasis, actualmente denominada ACOAD.

- Centro de Día Aldatu, de la Fundación Proyecto Hombre Navarra. En el año 2009, el Servicio Navarro de Salud tenía concertadas 24 plazas para el tratamiento ambulatorio de personas drogodependientes en este centro.

El número de población atendida en la modalidad de atención diurna se ha incrementado de manera notable a lo largo de los años de desarrollo del I PFD.

Gráfico 21. Evolución del número de población atendida en programas diurnos. Navarra. Años 1993-2008.



Fuente: memorias del PFD.

En cuanto a la distribución por tipo de recurso, ofrezco a continuación datos sobre su evolución:

- El Hospital de Día Zuria ha incrementado de manera muy relevante el número de procesos terapéuticos atendidos: 22 en el año 1993 frente a 101 en el año 2008.
- Desde el año 2002, en el que inició su andadura como Centro de Día, Aldatu ha desarrollado una media anual de 265 procesos terapéuticos, siendo 324 en el año 2008.⁸³.

En relación con la sustancia que motiva la demanda de tratamiento, el proceso ha sido similar al descrito en el apartado referido a la globalidad de la red de tratamiento en Navarra: reducción de las demandas por “opiáceos” e incremento de las demandas

⁸³ Debemos tener en cuenta que únicamente 24 de las plazas de Aldatu son concertadas.

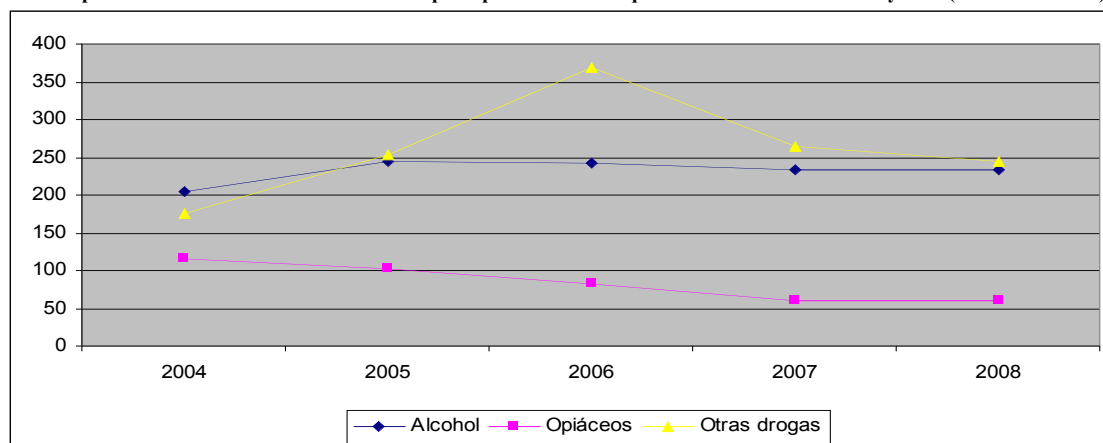
por “otras drogas”. En este caso, las demandas por “otras drogas” se encuentran incluso por delante de las demandas por “alcohol”.

Tabla: población atendida en servicios de día por tipo de sustancia que demanda el tratamiento y año. (Años 2004-2008)⁸⁴

	2004	2005	2006	2007	2008
Alcohol	205	244	243	233	233
Opiáceos	115	102	82	59	61
Otras drogas	175	254	368	265	244

Fuente: memorias del PFD.

Gráfico: población atendida en servicios de día por tipo de sustancia que demanda el tratamiento y año. (Años 2004-2007)



Fuente: memorias del PFD.

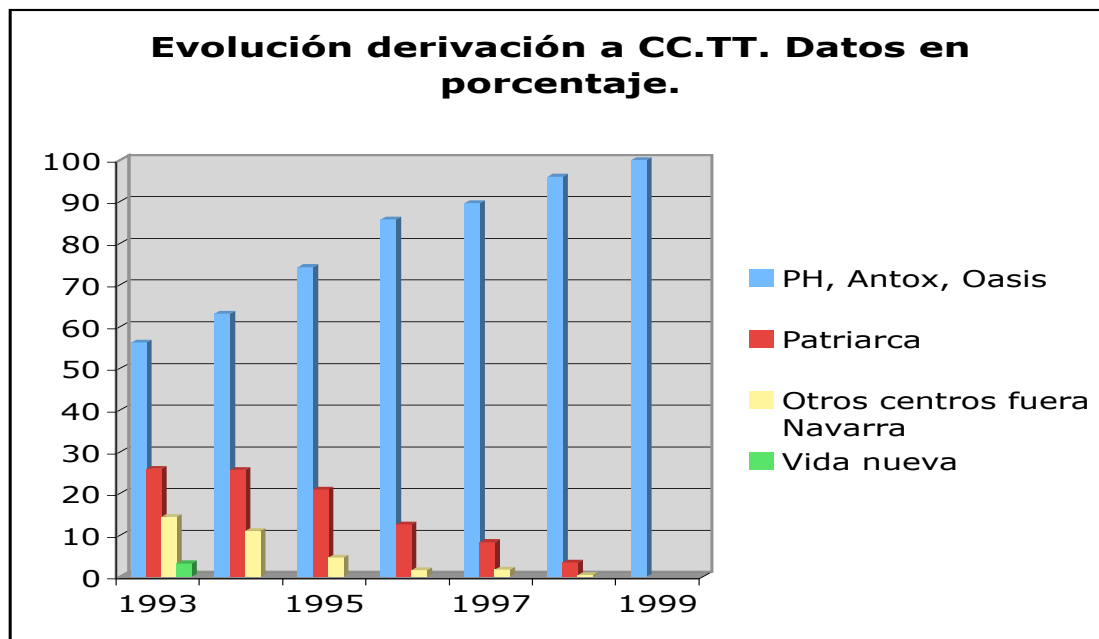
En cuanto a las comunidades terapéuticas, se trata de recursos residenciales privados. Durante la primera etapa de la “crisis de la heroína” (inicios de la década de los 80) se constituyeron en la primera y prácticamente única alternativa. En esa época eran mayoritariamente no profesionalizadas y apostaban por el aislamiento en zonas rurales. Incluso en muchos casos favorecían que la persona usuaria fuese ingresada en otra comunidad autónoma, e incluso en otro país.

En el año 1990 el PAT comienza una labor de regulación y acreditación de comunidades terapéuticas, que posteriormente el PFD completaría con un Decreto Foral aprobado en el año 1994, que aún hoy en día regula los convenios entre el Departamento de Salud y las comunidades terapéuticas. A lo largo de estos años se ha mantenido el convenio con tres organizaciones que gestionan comunidades terapéuticas en Navarra, que tuvieron su origen en la década de los 80, y que actualmente se denominan: Asociación Antox, Fundación Proyecto Hombre Navarra e Ibarre Multzoa

⁸⁴ El número total de personas que aparecen en esta tabla es superior al dato reflejado en el gráfico de población atendida por tipo de servicios. El motivo es el siguiente: en el gráfico hemos omitido a las personas atendidas por el equipo del Centro de Día Zuria en el centro penitenciario, mientras que en la tabla por sustancia consumida no hemos podido hacerlo, por lo que también están incluidas.

S.A.L. Desde el año 1999 el Gobierno de Navarra financia exclusivamente el ingreso en estos tres centros, pero anteriormente se producían también derivaciones a comunidades terapéuticas ubicadas en otras comunidades autónomas.

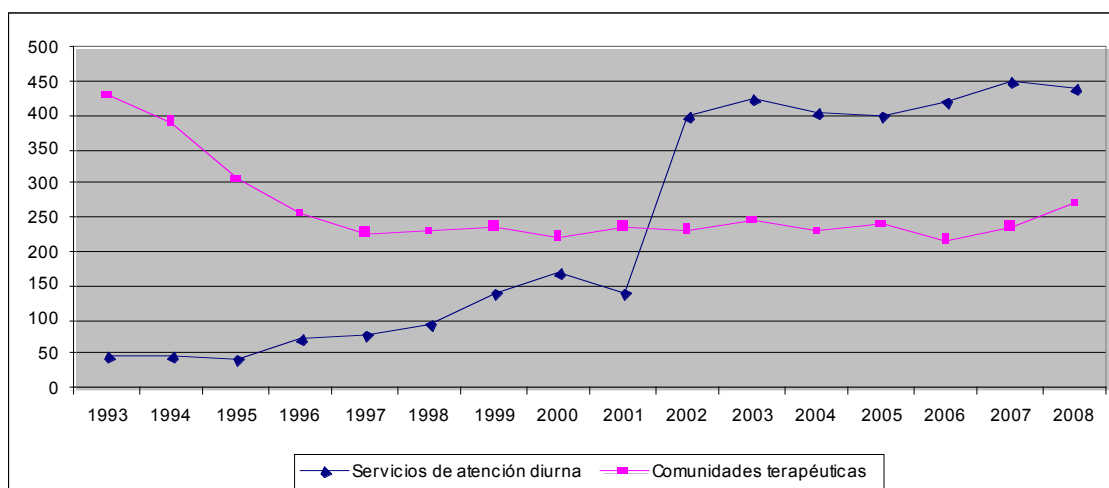
Gráfico 22: Porcentaje de derivaciones a CC.TT. por año y comunidad terapéutica. Navarra. Años 1993, 1995, 1997 y 1999.



Fuente: Memorias del PFD.

Desde el año 1996 se observa una importante estabilización en el número de población atendida (media anual de 233). Entre los años 1993 y 1995 el número era superior (428 en el año 1993) porque había más plazas disponibles (fundamentalmente derivaciones fuera de Navarra) y porque aún no habían sido implantadas suficientemente otras modalidades de tratamiento no residencial en Navarra (fundamentalmente los centros de atención diurna). De hecho, si en los años 90 las comunidades terapéuticas eran el recurso específico que más población atendía, a partir de año 2001 se invierten los datos, pasando a ser mayoritarios los procesos terapéuticos de atención diurna. En esa fecha el Gobierno de Navarra concierta plazas con el Centro de Día *Aldatu*, de la Fundación Proyecto Hombre Navarra, sumándose estas plazas a las que ya estaban disponibles en el Hospital de Día *Zuria*.

Gráfico 6. Evolución del número de población atendida en servicios de atención diurna y CC.TT. Navarra. Años 1993-2008.



Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias del PFD.

El aumento en la incorporación de casos con trastornos mentales graves es una de las principales transformaciones que se han producido durante los últimos años en las comunidades terapéuticas. Hasta tal punto que, en el año 2008, representaban un porcentaje próximo al 43%. Su distribución era desigual según la comunidad terapéutica, alcanzando prácticamente el 50% en Proyecto Hombre o Antox, y reduciéndose al 30% en Ibarre.

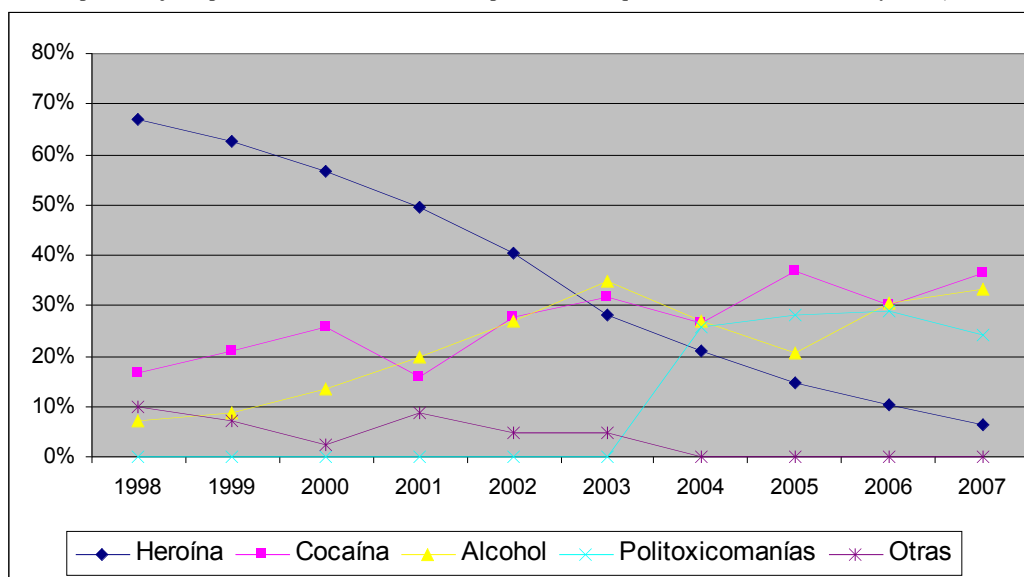
En relación con la sustancia que motiva la demanda de tratamiento, se observa una reducción muy marcada en la categoría “heroína”: 153 personas en el año 1998 frente a únicamente 15 en el año 2007. Paralelamente se registra un incremento en las personas que identifican el alcohol o la cocaína como la sustancia por la que solicitan el ingreso en comunidad terapéutica. La politoxicomanía es contemplada como otra categoría a partir del año 2004, situándose por encima de la heroína como sustancia que motiva la demanda de tratamiento

Tabla: población atendida en CC.TT. por sustancia que demanda el tratamiento y año. (Años 1998-2007)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Heroína	153	148	126	117	94	69	48	35	22	15
Cocaína	38	50	57	38	65	78	61	88	65	86
Alcohol	16	21	30	47	63	85	62	49	66	79
Politoxicomanías							59	67	63	57
Otras	23	17	5	21	11	12				

Fuente: memorias del PFD.

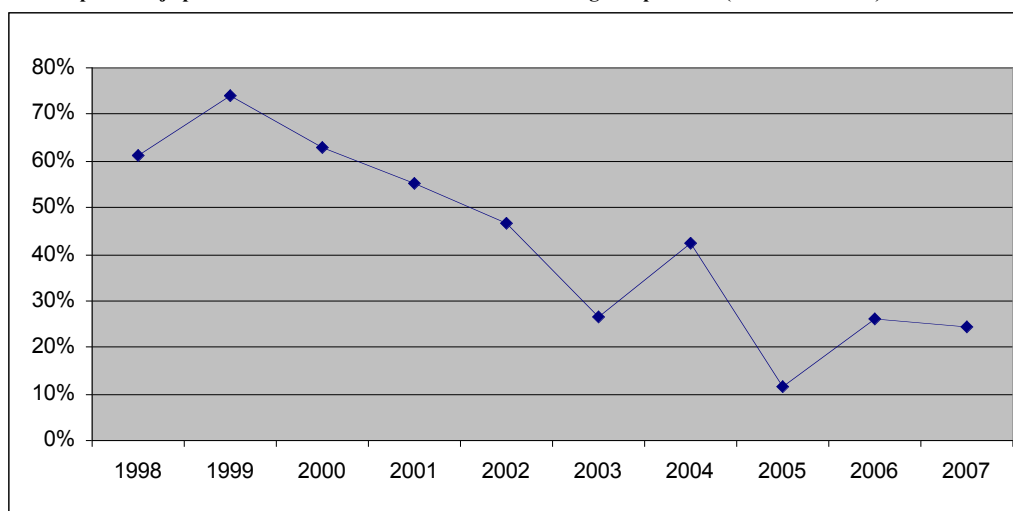
Gráfico: porcentaje de población atendida en CC.TT. por sustancia que demanda el tratamiento y año. (Años 1998-2007)



Fuente: memorias del PFD.

En coherencia con los cambios en el tipo de sustancias que generan la demanda de tratamiento, a partir del año 1998 se observa una importante reducción en el porcentaje de personas que, al ingresar en la CT, eran usuarias del programa de mantenimiento con metadona (PMM). Si en el año 1999 suponían más del 70% de las personas ingresadas en CT, en el año 2007 el porcentaje se había reducido hasta el 25%.

Gráfico: porcentaje población con tratamiento de metadona al ingreso por año. (Años 1998-2007)



Fuente: memorias del PFD.

Finalmente, y en relación con los pisos de acogida previstos en el documento del I PFD, es necesario subrayar que no se ha creado ningún recurso de este tipo durante el periodo de desarrollo del Plan.

○ **Otros Programas específicos.**

El documento del I PFD también contemplaba la puesta en marcha de “otros programas de intervención de reconocida solvencia”. Se refería especialmente a dos tipos de programas: programas de reducción de daños y programas con sustitutivos opiáceos. Este tipo de programas eran muy ajenos al enfoque preponderante en los primeros años de desarrollo de las políticas sobre drogas en nuestro país, que estaban mucho más orientadas hacia el logro de la abstinencia como única alternativa. Sin embargo, y como se viene refiriendo en esta tesis, el enorme impacto provocado por el VIH/SIDA en la comunidad de usuarios de drogas por vía parenteral aceleró la aplicación de este tipo de estrategias⁸⁵. Asimismo, la disminución de la alarma social, y algunos cambios en los valores socioculturales⁸⁶, facilitaron la puesta en marcha de este tipo de programas e influyeron en que apenas generasen controversias o rechazos en la sociedad.

– **Programas de reducción de daños.**

El principal programa desarrollado es el de distribución de jeringuillas. Este tipo de programa fue puesto en marcha a finales de los años 80, siendo Navarra una de las comunidades pioneras en su aplicación. Es concebido como una estrategia dirigida principalmente a detener la transmisión del VIH que se producía a partir del intercambio de jeringuillas infectadas⁸⁷. En los años de desarrollo del I PFD se ha producido un notable incremento en el número de jeringuillas distribuidas, pasando de 17.560 en el año 1993 a 59.422 en el año 2008. Asimismo, se han incrementado los espacios desde los que se desarrolla la distribución. Si en un principio era realizada únicamente desde el Comité Ciudadano AntiSIDA, en el año 1995 se incorporaron las farmacias y, finalmente, en el año 1998 se inició la distribución en la Prisión Provincial de Pamplona⁸⁸.

⁸⁵ Aunque con cierto retraso, especialmente en algunas comunidades autónomas.

⁸⁶ Ver apartados 3.3. y 3.6.

⁸⁷ Como señalamos en el apartado 3.2.3.1., esta vía de transmisión llegó a representar prácticamente el 70% de los nuevos casos diagnosticados a finales de la década de los 80.

⁸⁸ Se trató de la primera experiencia de este tipo a nivel estatal.

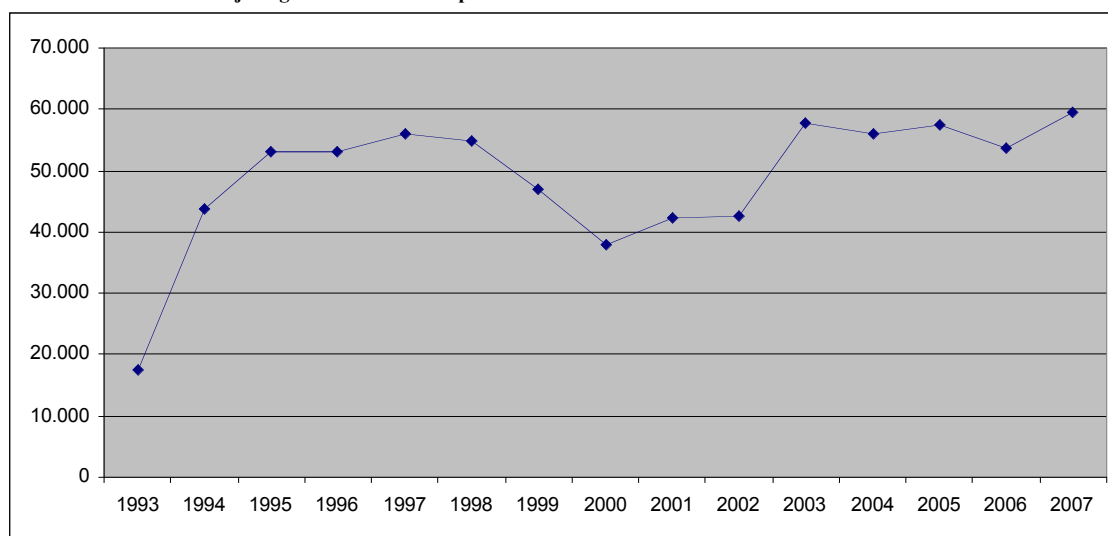
Tabla: Número de jeringuillas distribuidas por espacio de distribución y año. (Años 1993-2007)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Comité Anti SIDA	17.560	43.800	18.001	21.508	18.597	14.101	6.240	3.751
Farmacias			35000	31448	37467	40690	39046	32507
Prisión							1.683	1.525
Total	17.560	43.800	53.001	52.956	56.064	54.791	46.969	37.783

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Comité Anti SIDA	4.802	4.173	9.247	5.870	5.782	2.030	3.703
Farmacias	36.640	38.104	47.295	48.761	49.950	50.834	55.600
Prisión	943	360	1.103	1.495	1.759	691	119
Total	42.385	42.637	57.645	56.126	57.491	53.555	59.422

Fuente: Memorias del PFD.

Gráfico: Número total de jeringuillas distribuidas por año.

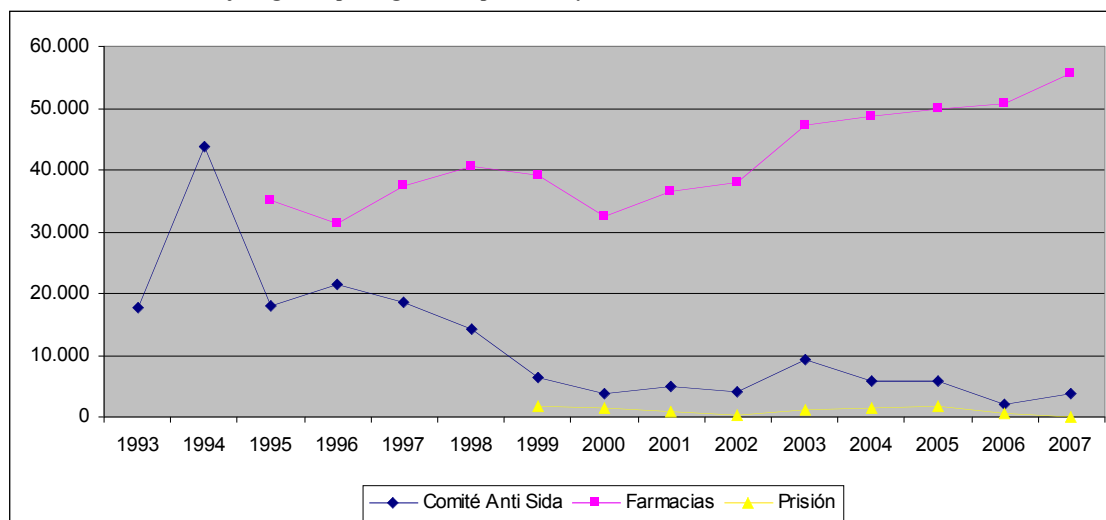


Fuente: memorias del PFD.

En el siguiente gráfico se observa la evolución en el número jeringuillas distribuidas según el lugar de dispensación. Como se puede apreciar, se ha reducido especialmente la distribución a través del Comité Ciudadano AntiSIDA, mientras que se ha desarrollado de una manera importante la distribución a través de farmacias. En el centro penitenciario también se observa, especialmente en el año 2007, un importante descenso en el número de jeringuillas distribuidas⁸⁹.

⁸⁹ En el apartado 3.2.4. ya se comentó que la reducción se produjo en todos los centros penitenciarios del Estado, debido fundamentalmente al cambio en la vía de consumo.

Gráfico: Distribución de jeringuillas por lugar de dispensación y año.



Fuente: memorias del PFD.

Al margen del intercambio de jeringuillas, se pueden mencionar otras actuaciones de reducción de daños como los talleres sobre “sexo seguro” y “consumo de drogas seguro” desarrollados por el Instituto de Salud Pública en colaboración con la Comisión Ciudadana AntiSIDA y el PFD, o los talleres de educación para la salud que son desarrollados en la Prisión Provincial de Pamplona, y a los que me referiré más adelante. No podemos olvidar tampoco la labor de detección, acogida, derivación y seguimiento realizada desde algunos programas (no específicos de drogodependencias) dirigidos a personas sin hogar: Centro “A cubierto” y Programa de Educación de Calle del Ayuntamiento de Pamplona, Centro de Día San Miguel de Cáritas, etc.

Aunque la labor en este terreno sigue siendo necesaria, es importante destacar cómo Navarra, no sólo fue una de las comunidades en las que primero comenzó a descender el porcentaje de infecciones por intercambio de jeringuillas⁹⁰, sino que en el año 2010 era la comunidad con un menor porcentaje de UDI⁹¹ entre los nuevos diagnósticos: 2,8%, siendo 5,9% la media estatal (MSPSI, 2011).

⁹⁰ Ver apartado 3.2.3.1.

⁹¹ Usuario de drogas por vía intravenosa.

- Programa con sustitutivos opiáceos.

El sustitutivo opiáceo utilizado, casi en exclusiva, ha sido la metadona. El programa de mantenimiento con metadona (PMM) fue iniciado en el año 1990 por el PAT en algunos CSM, tras la aprobación de una nueva regulación menos restrictiva por parte del Gobierno de España⁹². Una vez aprobado el I PFD, el programa fue implantado en toda la Red de CSM en el año 1994. Durante ese primer año la prescripción y dispensación era realizada únicamente en la mencionada Red de CSM y en la Prisión Provincial de Pamplona. En el año 1995 se extendió el Programa a algunos centros de salud (únicamente como centros dispensadores) y en el año 1997 se completó la red de espacios de dispensación con la incorporación de las tres comunidades terapéuticas acreditadas en Navarra y varias oficinas de farmacia. Asimismo, en ese mismo año se incorporó como centro prescriptor y dispensador el Hospital de Día Zuria.

Los PMM, que tuvieron un espectacular crecimiento a partir del año 1996 (tanto en Navarra como en España y Europa), han tenido un indudable impacto en la reducción de muertes por consumo de heroína y en la disminución de las infecciones del VIH por intercambio de jeringuillas. Asimismo, también han incrementado el acceso y el control institucional de la población drogodependiente adicta a la heroína.

Si analizamos la evolución en el número de personas usuarias del PMM en Navarra, observamos que el CSM ha sido durante todos estos años el principal espacio de dispensación. En los cuatro primeros años del Programa se produjo un crecimiento notable en el número de personas que accedieron a la dispensación de metadona en los CSM, pero a partir del año 1998 se inició un importante descenso que fue remontado en el año 2003, iniciándose a partir de entonces unos años de notable estabilidad en el número de personas usuarias del Programa. La reducción en el número de personas atendidas desde los CSM se debió a que muchas de ellas comenzaron a ser atendidas desde otros espacios, especialmente en farmacias. Las

⁹² Ver apartado 3.4.2.

farmacias se han consolidado durante estos años como el segundo espacio de dispensación, incrementándose su población usuaria de 120 personas en el año 1997 a 270 en el año 2008. Los datos disponibles no nos han permitido determinar el número de personas que se encuentran en programa de mantenimiento con metadona, ya que un mismo individuo puede haber sido atendido durante un año en más de un centro. No obstante, estimo que durante el año 2008 participaron en torno a 450 personas distintas en este programa.

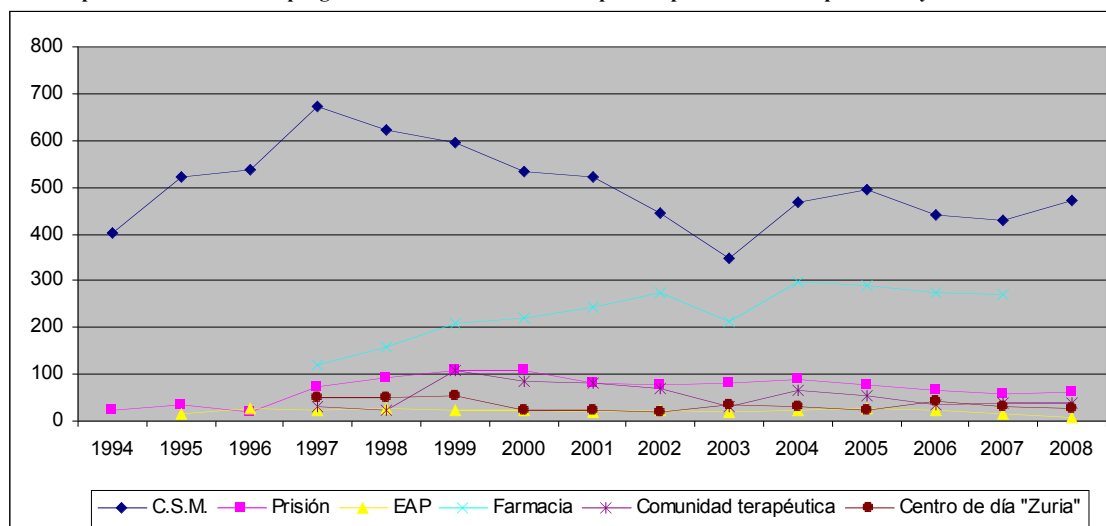
Tabla: personas atendidas en programas de mantenimiento de opiáceos por centro de dispensación y año. (Años 1994-2007)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
C.S.M.	402	520	538	671	621	597	534	523
Prisión	25	34	19	74	92	110	110	81
EAP		15	28	23	26	22	22	20
Farmacia				120	158	207	219	244
Comunidad terapéutica				29	23	108	84	81
Centro de día "Zuria"				52	49	55	22	25

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
C.S.M.	444	348	469	495	442	430	473
Prisión	77	82	88	76	64	59	61
EAP	22	18	22	28	24	14	7
Farmacia	276	212	298	289	276	269	270
Comunidad terapéutica	69	29	65	55	35	37	37
Centro de día "Zuria"	21	33	31	23	44	29	28

Fuente: Memorias del PFD.

Gráfico: personas atendidas en programas de mantenimiento de opiáceos por centro de dispensación y año.

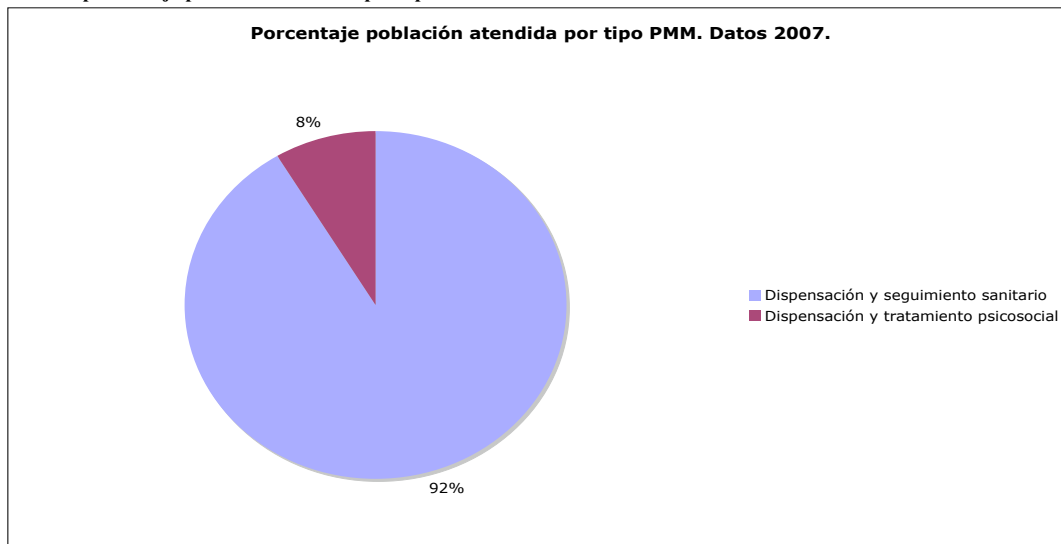


Fuente: memorias del PFD.

Desde la literatura científica del sector (Parrino, 1997) se suelen distinguir los PMM en dos grandes grupos: programas limitados a la dispensación de metadona y a un seguimiento (fundamentalmente sanitario) básico; y los que acompañan la dispensación con otro tipo de intervenciones terapéuticas de carácter

psicosocial y/o socioeducativo. Teniendo en cuenta esta distinción, podríamos decir que, en el caso de Navarra, la gran mayoría de los PMM existentes son del primer tipo (todos, salvo los desarrollados en comunidades terapéuticas y Centro de Día Zuria).

Gráfico: porcentaje población atendida por tipo PMM. Datos año 2007.



Fuente: memorias del PFD.

○ **Programas de intervención en el ámbito jurídico-penal.**

Como afirmaba en el apartado 3.4.2., el “problema” de las drogodependencias “se trasladó” a los centros penitenciarios ya en la década de los 80, pero en esa época era una realidad negada incluso por la propia institución penitenciaria. Sin embargo, en la década de los 90 se incrementó la sensibilidad institucional hacia esta cuestión (Carrón, 1999). Así, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias elaboró en el año 1995 una circular con el fin de impulsar el desarrollo de programas de tratamiento en los centros penitenciarios y la puesta en marcha de medidas alternativas al internamiento, aprovechando las oportunidades que brindaba el nuevo Reglamento Penitenciario y el Código Penal.

El documento del I PFD también recogía esta preocupación y se comprometía a garantizar “*la asistencia de aquellas personas que cumplen condena por motivos*

consecuentes a su drogodependencia”. Para ello, una de las medidas recogidas consistía en la creación de un “grupo de trabajo jurídico-penal”. Este grupo fue constituido en junio de 1995, integrándose en el mismo los siguientes componentes:

- Juez de lo Penal
- Juez de Instrucción
- Juez de Vigilancia
- Fiscal del Tribunal Superior de Justicia
- Médico Forense
- Subdirector/a de Tratamiento del centro penitenciario.
- Médico del centro penitenciario.
- Secretario de Servicios Sociales Penitenciarios.
- Jefe de la Sección de Estupefacientes (Cuerpo Superior de Policía)
- Representante de Centros Asistenciales.
- Trabajador/a Social del Servicio de Atención al detenido.
- Representante de la Subdirección de Salud Mental.
- 2 representantes del Plan Foral de Drogodependencias.

El trabajo del grupo se desarrolló a través de nueve sesiones de estudio, dos subcomisiones de propuestas de conclusiones, y una jornada de debate en pleno de las mismas. A lo largo de las sesiones se fueron analizando las diferentes fases del proceso: detención, primera comparecencia ante el Juez, instrucción y juicio oral (prueba documental, prueba pericial), la sentencia, la ejecución de sentencia (medidas de seguridad, suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad, cumplimiento de condena en centros penitenciarios, tratamiento de internos en dispositivos penitenciarios, tratamiento de internos en dispositivos extra-penitenciarios, libertad condicional). Como resultado del grupo de trabajo se elaboró un documento de propuestas y recomendaciones. Tanto el grupo, como el documento elaborado, ha tenido importantes repercusiones en las relaciones entre el sistema jurídico-penal y el asistencial. Describiré a continuación cómo ha evolucionado la atención a la población drogodependiente en contacto con el sistema jurídico-penal.

- Programas de tratamiento en el centro penitenciario.

En el caso de la Prisión Provincial de Pamplona, se determinó que fuese el equipo del Hospital de Día Zuria el que asumiera la gestión del tratamiento a drogodependientes. Así, en el año 1999, el Servicio Navarro de Salud incluyó el denominado “Programa de intervención en la Prisión Provincial de Pamplona” en el nuevo contrato de gestión del Hospital de Día Zuria, estableciéndose la intervención de dos miembros del equipo (psicólogo clínico y educador-terapeuta) los martes y jueves por la mañana.

De manera paralela se han ido poniendo en marcha otros programas gestionados directamente por personal de la Institución Penitenciaria o por parte de otras entidades externas:

- Programa de mantenimiento con metadona. Es gestionado por el personal de los servicios médicos penitenciarios, aunque el Gobierno de Navarra financia los costes de la metadona. Asimismo, el Programa está coordinado con los CSM y con otros centros dispensadores externos.
- Programa de intercambio de jeringuillas. Financiado por el Gobierno de Navarra. En su gestión participa personal penitenciario y personal de la asociación *Sare*. Las personas beneficiarias son la población penitenciaria consumidora de sustancias por vía parenteral y sus principales objetivos son la disminución del riesgo de contagio de enfermedades transmisibles, la mejora de las prácticas de consumo y la educación para la salud. Funciona los siete días de la semana; durante dos horas al día en la gestión de *Sare* y a cualquier hora en la gestión del personal propio del Centro Penitenciario.
- Programa de educación para la salud. Financiado en parte por el Gobierno de Navarra. En su gestión participa personal penitenciario y profesionales de la asociación *Sare*. Está dirigido a toda la población penitenciaria. Sus objetivos son la mejora del conocimiento, habilidades y prácticas en distintos ámbitos relacionados con la salud y la higiene. Las sesiones individuales se hacen de forma estable en el Servicio de

Asistencia Sanitaria. Los cursos y talleres, por lo general de seis días a dos horas/día cada uno, son más variables.

Asimismo, existe un servicio consistente en la derivación a recursos de tratamiento externo, una vez la persona drogodependiente accede a la libertad. Este servicio de orientación es prestado por el personal penitenciario, pero también existe la posibilidad de que profesionales de los centros externos acudan para realizar entrevistas preparatorias con la persona interesada. Así lo hacen las tres comunidades terapéuticas acreditadas en Navarra y alguna asociación específica como es el caso de La Majarí, que dirige su atención a la población gitana.

A continuación expondré la evolución que a lo largo de los años de desarrollo del I PFD han tenido los diferentes servicios de tratamiento a drogodependientes en la Prisión Provincial de Pamplona. La evolución más llamativa es la referida al Programa de intercambio de jeringuillas. Si en su momento más álgido (año 2000) hubo al cabo del año 476 peticiones de intercambio, en el año 2008 la cifra se redujo hasta las 67⁹³. En cuanto al Programa de mantenimiento con metadona, se observa que fue incrementándose la población atendida hasta el año 2004, en el que se registraron 112 procesos terapéuticos, mientras que en los años posteriores se ha reducido, llegando a 69 en el año 2008. Respecto a los programas de desintoxicación y deshabituación, tras una reducción entre los años 2003 y 2007, durante el año 2008 se ha producido un notable repunte: 115 y 169 procesos terapéuticos atendidos respectivamente.

Tabla: personas usuarias por programa en prisión y año. (Años 1994-2007)

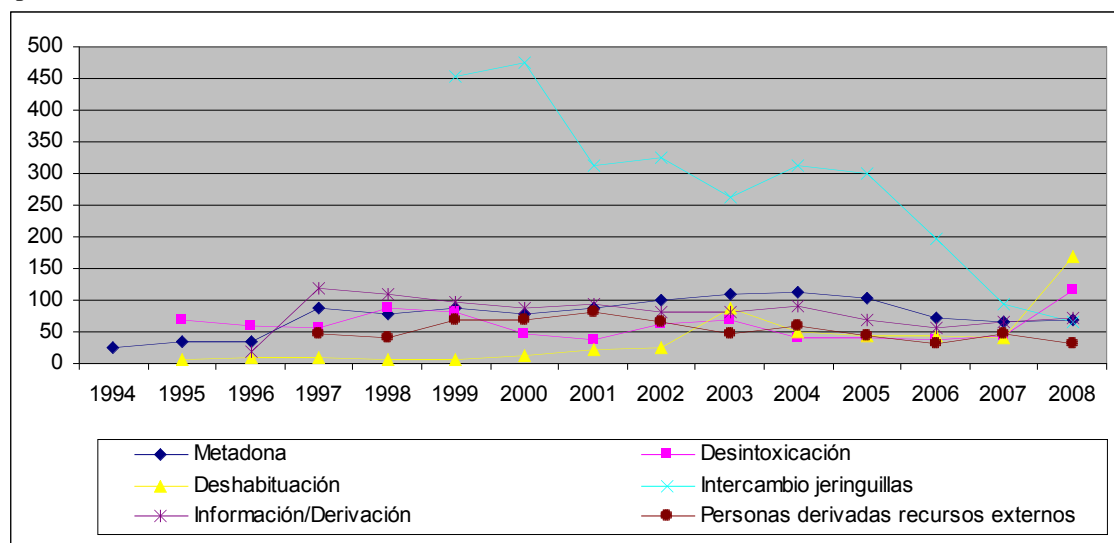
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Metadona	24	35	35	87	78	89	77
Desintoxicación		70	58	55	88	81	47
Deshabitación		5	8	10	5	5	13
Intercambio jeringuillas						453	476
Información/ derivación			18	120	110	96	88
Personas derivadas recursos externos				47	41	69	70

⁹³ Como ya se ha comentado, se trata de una reducción que se ha producido en todo el Estado por la tendencia al cambio en la vía de consumo.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Metadona	89	99	110	112	102	73	65	69
Desintoxicación	37	62	68	41	41	36	43	115
Deshabitación	21	24	86	50	44	43	42	169
Intercambio jeringuillas	312	325	263	314	300	198	94	67
Información/derivación	95	82	80	92	68	56	67	67
Personas derivadas recursos externos	82	66	46	58	44	30	48	46

Fuente: Memorias del PFD.

Gráfico 24. Evolución de los episodios de atención de tratamiento en prisión de Pamplona según tipo de tratamiento. Años 1994-2008.



Fuente: memorias del PFD.

– Programas de tratamiento en el exterior del centro penitenciario.

El Código Penal y el Reglamento Penitenciario contemplan diferentes medidas que permiten evitar el ingreso en prisión o la salida del centro penitenciario, en determinados casos y de manera condicionada a la realización de un tratamiento y al cumplimiento de otros requisitos. Las principales medidas previstas son las siguientes: trabajo en beneficio de la comunidad, suspensión de condena, libertad condicional y medidas de seguridad (privativas y no privativas de libertad)⁹⁴.

⁹⁴ Todas estas medidas son explicadas en el apartado 3.4.2.

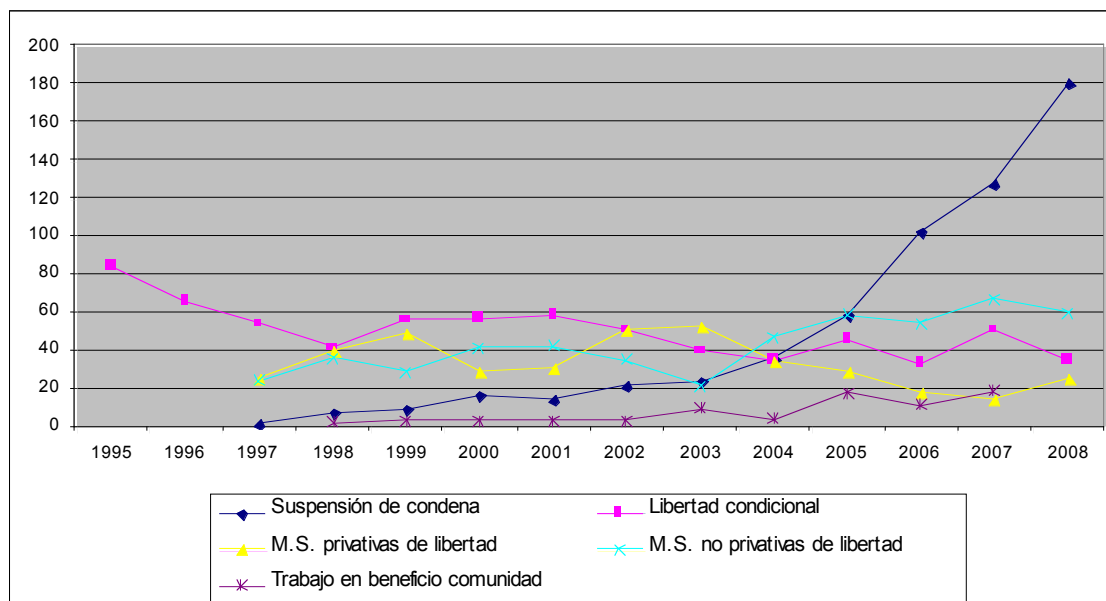
A continuación analizaré la evolución que a lo largo de los años de desarrollo del I PFD han tenido las diferentes medidas para el tratamiento fuera del centro penitenciario. La suspensión de condena es la medida que más se ha incrementado: en el año 2008 es la más utilizada (180 personas), mientras que diez años antes apenas existía. En cuanto a las medidas de seguridad, en los últimos años se observa una tendencia a que las no privativas sean las más utilizadas (59 personas en el año 2008) frente a las privativas de libertad (26 personas en el año 2008). Finalmente, se observa una tendencia al descenso en la utilización de la libertad condicional como medida para el tratamiento externo, que hasta el año 2001 era la más utilizada y en el 2008 fue aplicada a 35 personas.

Tabla: personas en programas alternativos a prisión por programa y año. (Años 1995-2008)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Suspensión de condena			1	7	9	16	14	21	24	36	58	102	127	180
Libertad condicional	84	66	54	41	56	57	58	50	39	35	46	33	50	35
M.S. privativas de libertad			26	39	49	28	30	51	52	35	28	17	14	26
M.S. no privativas de libertad			24	36	28	41	42	35	21	47	58	54	67	59
Trabajo en beneficio comunidad				2	3	3	3	3	9	4	17	11	18	

Fuente: memorias del PFD.

Gráfico 25. Evolución de la población en programas alternativos a prisión por programas. Navarra. Años 1995-2008.



Fuente: memorias del PFD.

○ Características generales de la Red navarra de tratamiento de las drogodependencias.

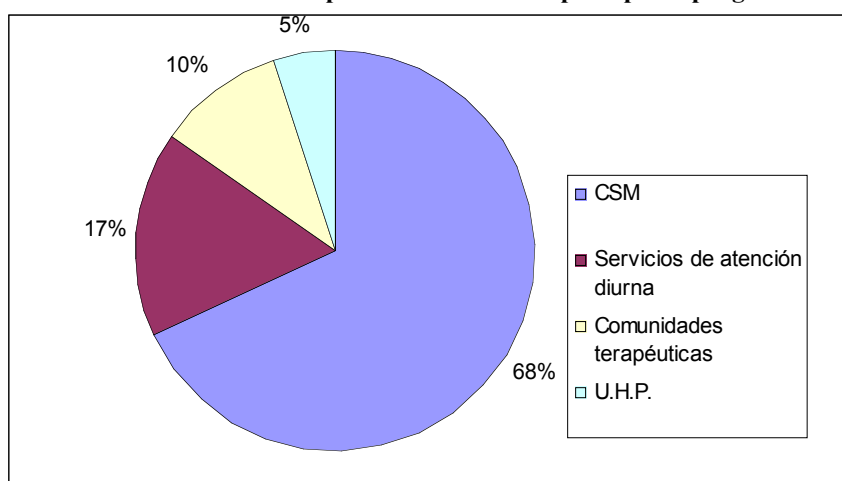
Finalmente, y como colofón a este apartado centrado en el análisis de las memorias del PFD, voy a sintetizar las principales características de la Red navarra de atención a las drogodependencias.

En primer lugar, y para reflejar cuál es el tipo de tratamiento más presente en la Red, puedo decir que, en el año 2008, el 68% de las atenciones fueron realizadas en programas de tratamiento con un marcado carácter sanitario y de baja intensidad:

- Programa de mantenimiento con opiáceos basado en la dispensación de metadona y en un seguimiento fundamentalmente de tipo sanitario.
- Atención ambulatoria en CSM (con una media de 6 citas anuales y atendidos fundamentalmente por personal de enfermería y de psiquiatría).

Por el contrario, únicamente el 27% de las atenciones fueron realizadas en programas de tratamiento intensivo y con un mayor componente biopsicosocial: servicios de atención diurna y comunidades terapéuticas.

Gráfico 26. Distribución de episodios de atención por tipo de programa. Navarra. Año 2008.



Fuente: memoria del PFD.

En cuanto a la evolución del número de personas atendidas por recurso, en la siguiente tabla podemos observar que el número de episodios atendidos en CSM (sin

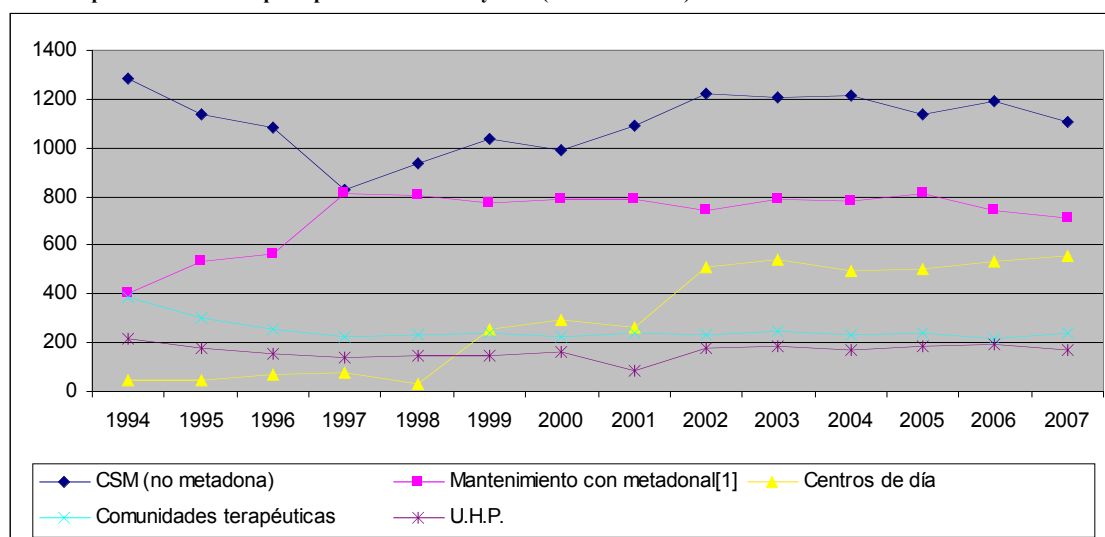
incluir a las personas del PMM) descendió hasta el año 1997, momento en el que se inició un ascenso paulatino hasta el año 2002, estabilizándose en su número a partir de entonces. En cuanto a los PMM, se observa un ascenso importante entre el año 1994 y el 1997 (se pasa de 402 episodios atendidos a 814), pero posteriormente su evolución es estable. En cuanto a los centros de día, se observa un crecimiento notable a partir del año 1998, pasando de 30 episodios a 557 en el año 2007. En las comunidades terapéuticas, tras un descenso en los episodios atendidos hasta el año 1997, se inicia posteriormente una evolución de gran estabilidad. Finalmente, la evolución de los episodios atendidos en UHP no ha sufrido grandes variaciones a lo largo de estos años.

Tabla: episodios atendidos por tipo de tratamiento y año. (Año 1994-2007)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
CSM (no metadona)	1284	1139	1084	828	939	1036	991	1091	1225	1209	1214	1135	1195	1108
Mantenimiento con metadona⁹⁵	402	535	566	814	805	775	787	787	742	789	780	812	742	713
Centros de día	43	43	71	79	30	252	297	264	509	541	498	504	533	557
Comunidades terapéuticas	390	305	254	227	229	236	223	237	233	245	230	239	217	237
U.H.P.	220	179	153	139	144	146	159	84	180	182	174	185	194	170
Total	2.339	2.201	2.128	2.087	2.147	2.445	2.457	2.463	2.889	2.966	2.896	2.875	2.881	2.785

Fuente: memorias del PFD.

Gráfico: episodios atendidos por tipo de tratamiento y año. (Año 1994-2007)



Fuente: memorias del PFD.

⁹⁵ CSM, farmacias y centros de salud.

3.8.3. Análisis Cualitativo.

Este apartado ha sido construido a partir de las 35 entrevistas en profundidad realizadas a diferentes agentes vinculados con el desarrollo del Plan Foral de Drogodependencias⁹⁶. En la redacción se recogen numerosas citas literales extraídas de las entrevistas. Cada una de ellas aparece identificada con un número que informa sobre el tipo de persona entrevistada:

- Profesional red salud mental. 1.
- Profesional centro específico atención drogodependientes. 2.
- Profesionales del ámbito jurídico-penienciaro. 3.
- Profesionales que trabajan con población afectada por necesidades especiales. 4.
- Profesionales de PMD. 5.
- Personas usuarias:
 - Entrevista 6. Persona en tratamiento en programa específico diurno. Hombre. 28 años. Casado. Es su primer tratamiento. Trabaja. Policonsumidor, principalmente de fin de semana.
 - Entrevista 7. Persona en tratamiento en programa específico diurno. También ha estado en comunidad terapéutica y en otro programa específico diurno. Hombre. 38 años. Alcohólico. Casado y con hijos. Trabaja.
 - Entrevista 8. Persona que ha terminado el tratamiento en comunidad terapéutica. Está recibiendo apoyo por parte de los servicios sociales en su proceso de post-tratamiento. Mujer. 30 años. Divorciada y con hijos a su cargo. Policonsumidora.
 - Entrevista 9. Persona en tratamiento en programa específico diurno. Está recibiendo apoyo por parte de los servicios sociales de su zona. Hombre. 20 años. Padece también una enfermedad mental. Recibe tratamiento desde su centro de salud mental de referencia. Vive en una zona rural.
 - Entrevista 10. Persona en tratamiento en comunidad terapéutica. Hombre. 32 años. Policonsumidor. Ingresó desde el centro penitenciario.
 - Entrevista 11. Persona en tratamiento en comunidad terapéutica. Hombre. 43 años. En programa de mantenimiento con metadona. Ha estado en muchos programas de tratamiento. Policonsumidor adicto a la heroína.

⁹⁶ En el apartado 2.2.3. se describe la metodología empleada.

- Entrevista 12. Persona en tratamiento en comunidad terapéutica. Hombre. 41 años. Padece también una enfermedad mental. En programa de mantenimiento con metadona. Ha estado en muchos programas de tratamiento. Policonsumidor adicto a la heroína.
- Entrevista 13. Persona en tratamiento en comunidad terapéutica Hombre. 20 años. Policonsumidor. Es su primer tratamiento. Ingresó desde el centro penitenciario.
- Entrevista 14. Persona en tratamiento en comunidad terapéutica Hombre. 51 años. De nacionalidad ecuatoriana. Alcohólico. Es su primer tratamiento en España. Ingresó desde el centro penitenciario.
- Entrevista 15. Persona en tratamiento en comunidad terapéutica. Hombre. 34 años. Padece también una enfermedad mental. Previamente ha estado tratado en centros privados. Policonsumidor.
- Entrevista 16. Persona en tratamiento en comunidad terapéutica. Mujer. 27 años. Con hijos a su cargo. Alcohólico. Ha ejercido la prostitución.
- Entrevista 17. Persona en tratamiento en programa específico diurno. Mujer. 32 años. Con hijos a su cargo. Policonsumidora adicta a la heroína. En programa de mantenimiento con metadona. Ha estado en muchos programas de tratamiento.

Teniendo en cuenta las categorías surgidas en el análisis de las entrevistas, he estructurado en once ejes temáticos el discurso recogido:

- Cambios en la red asistencial.
- Indicación terapéutica y atención coordinada en drogodependencias.
- Las comunidades terapéuticas.
- La actitud de los y las profesionales de la salud mental.
- La ubicación institucional del programa de drogodependencias.
- Recursos sociales de apoyo.
- Coordinación y trabajo en red.
- Las relaciones con el sistema jurídico-penitenciario.
- Las relaciones con la atención primaria de salud.
- Las relaciones con los servicios sociales.
- El discurso de las personas usuarias.

○ **Cambios en la red asistencial.**

Tras analizar los cambios acaecidos en los perfiles y en las necesidades de las personas atendidas⁹⁷, en las entrevistas se abordaron las posibles transformaciones experimentadas por la red asistencial en el periodo estudiado (1993-2009). Según el discurso recogido, y en sintonía con lo señalado en el anterior apartado, la red de tratamiento no se ha ampliado en los años de desarrollo del I PFD, aunque se han introducido algunas transformaciones relevantes (especialmente en el ámbito jurídico-penitenciario y en el de reducción de daños).

Según las personas entrevistadas, el principal cambio que se ha producido en la red asistencial ocurrió a partir del inicio de la segunda mitad de los años 90: el desarrollo del programa de dispensación de metadona.

...el único cambio que ha habido ha sido que del año 94 al 96 se implantaron los programas de sustitución de opiáceos... 2.

La introducción de este programa conllevó dudas y resistencias al inicio. Como ya se señaló en el apartado 3.7., la orientación de los programas asistenciales durante los años 80, y los primeros años de la década de los 90, estuvo muy marcada por el modelo de la abstinencia, en el que la metadona u otras estrategias de reducción de daños no tenían cabida y eran consideradas “falsas salidas” o “distracciones” en el “camino único” de la abstinencia. Estas reticencias respondían a las malas experiencias que hubo en la primera parte de la década de los 80, cuando la dispensación de metadona carecía de la necesaria regulación, pero también a la mayor presencia de posicionamientos morales en torno al consumo de drogas⁹⁸. Por todo ello, los primeros protocolos eran muy restrictivos precisamente para contrarrestar esas reticencias y como una estrategia preventiva que les defendiera de las hipotéticas críticas profesionales y sociales. Sin embargo, la práctica ausencia de conflictos en su puesta en marcha fue venciendo las resistencias y, como consecuencia, se fueron relajando las restricciones iniciales.

⁹⁷ Ver apartado 3.2.4.2.

⁹⁸ Volveremos sobre esta cuestión en el siguiente apartado al abordar los modelos de creencias ante el uso de drogas y las drogodependencias.

La introducción de la metadona del 94 a ahora también ha cambiado. Antes era muchísimo más estricta. Hacíamos una serie de cosas que ahora no se hacen: controles de orina, control de cantidades, comisión externa para incorporar a personas al tratamiento,... 1.

...en un principio había muchos recelos..., de cómo iban a estar unos allí sin consumir nada y otros allí consumiendo (en las comunidades terapéuticas), iba a ser inaguantable...y la realidad nos ha dicho que perfectamente bien...2.

En cuanto al ámbito jurídico-penitenciario, el otro gran cambio percibido, se valoran positivamente los avances normativos que han permitido la puesta en marcha de medidas que facilitan el tratamiento a drogodependientes en el medio penitenciario, pero también las medidas que permiten evitar el ingreso en prisión o facilitar el tratamiento en recursos externos. El grupo de trabajo jurídico-penitenciario, creado a iniciativa del PFD a principios de los años 90, es señalado como uno de los elementos impulsores de este tipo de medidas.

Algo positivo es que en drogodependencias sí se ha regulado mejor, porque permite individualizar más. Permite tanto las medidas de seguridad como la suspensión condicional, que lo que se ponga sea lo que realmente necesita en cada momento el drogodependiente. 3.

Si, el grupo jurídico-penal donde se analizó en un momento, se evaluó lo que había de los años 80, y de ahí se dijo pues esto tiene que ir así, y de ahí se cogió una metodología. Y eso es lo que ha hecho que aquí en Navarra ningún juez haya tenido problema a la hora de decidir...Entonces, en este punto el PFD hay que evaluar. Yo pienso que sí que dio el paso y que creó el método. 3.

En las entrevistas también se mencionaron otras transformaciones que se han traducido en una mayor flexibilización de las normativas y los programas de los centros, avanzando así en la modificación del enfoque preponderante en la década de los 80: “heroinocéntrico”⁹⁹ y monolíticamente orientado hacia la abstinencia. Estos cambios han permitido que los centros se adapten mejor a las características y demandas de la población con problemas de adicción a drogas. Especialmente se ha mencionado la incorporación de la metadona como una modalidad más de tratamiento de los centros, el abordaje de la dependencia a otras sustancias (fundamentalmente son mencionadas la cocaína y el alcohol) y el tratamiento de la patología dual.

Las comunidades terapéuticas se han abierto a recibir gente en tratamiento con metadona...han abierto las puertas a personas con problemas de alcohol... 1.

O sea, es que el centro primero era diseñado para una patología concreta, una dependencia de heroína, y en estos momentos es todas las dependencias, con o sin

⁹⁹ Ver apartados 3.4. y 3.6.

trastorno asociado, mayoritariamente asociado y, sobre todo, lo que es dependencia de alcohol y cocaína. 2.

...nos ha hecho cambiar de personal...Por el tema de mantenimiento de opiáceos, medicación y demás, te hace falta tener sanitarios dentro de comunidad, médicos y demás. 2.

Sin embargo, gran parte del discurso recogido ha girado en torno a la crítica respecto al insuficiente desarrollo de la red asistencial durante los años de vigencia del I PFD. Este discurso está especialmente presente en los y las profesionales de los recursos especializados, que hablan de la paralización en el desarrollo de la red e incluso de cierto retroceso.

...yo creo que la red asistencial pública no ha sido ampliada en recursos a lo largo de estos dieciocho años. 2.

Antes de la Reforma (psiquiátrica) había 32 camas hospitalarias exclusivas para alcoholismo y drogodependencias. Posteriormente hubo 2 y ahora no hay ninguna específica. 2.

Como ya se ha señalado a lo largo de la tesis, el programa de drogodependencias fue incorporado desde un inicio en la red de recursos de salud mental de Navarra. De hecho, la Subdirección de Salud Mental lo consideró uno de sus programas prioritarios. Sin embargo, en los años de desarrollo del Plan se ha producido un paulatino proceso por el que disminuía la alarma social ante el “problema de las drogas”, a la vez que se incrementaban las demandas en la red de salud mental por otro tipo de problemáticas. De hecho, en las entrevistas se alude a una clara paralización del programa de drogodependencias frente al mayor desarrollo del resto de programas en salud mental. De hecho, y como ya ha sido reflejado en el apartado 3.4.3., esta tendencia no parece corregirse, sino que se acentúa en el nuevo Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra (2012-16).

...los trastornos mentales graves han seguido un curso, y las infanto-juveniles han seguido otro. Ha habido avances en ambos, pero en dependencias nada... 2.

Según todos los códigos internacionales, la patología psiquiátrica que tiene mayor prevalencia son las dependencias, quitando los trastornos de ansiedad y procesos depresivos...y sin embargo no se está prestando la atención que estos pacientes necesitan. Y se han desarrollado otro montón de programas, sobre todo para trastornos psicóticos, y que eran necesarios, pero siempre quedan excluidas las dependencias. 2.

En algunas entrevistas, también en este caso a profesionales de recursos especializados, incluso se afirma que el aumento de recursos ha venido en muchas ocasiones únicamente de la mano de la iniciativa social, que no ha contado para ello con los apoyos y recursos suficientes.

...y creo que lo que se ha hecho más con el tema de las adicciones ha sido desplazarlo hacia la iniciativa social, que hemos sido los que hemos tenido que aumentar los recursos y los servicios para atender esta problemática, muchas veces sin la financiación suficiente para poder llevarlos adelante. 2.

○ **Indicación terapéutica y atención coordinada en drogodependencias.**

La indicación terapéutica es considerada la piedra angular en el quehacer asistencial de las disciplinas relacionadas con las ciencias de la salud. “*Se trata de una elección razonada mediante un árbol lógico de decisiones que permite seleccionar el tratamiento adecuado a partir de las circunstancias del paciente, de su situación clínica y de los datos de la exploración, basándose en correlaciones lógicas contrastadas experimental y empíricamente*” (Marina, 2001).

Uno de los principales factores que influyen en la realización de una indicación terapéutica adecuada es el diagnóstico. El diagnóstico integral de la persona nos aportará datos que permitan aproximarnos a una conclusión sobre el recurso y el programa más idóneo para cada caso en concreto. Sin embargo, en las entrevistas realizadas se detecta una importante debilidad al respecto (especialmente en el caso de las derivaciones a comunidades terapéuticas). Según la normativa referida a la financiación de tratamientos en ese tipo de dispositivos, las derivaciones deben ser realizadas desde los centros de salud mental. Sin embargo, muchos testimonios recogidos en las entrevistas (también a personas usuarias, como veremos más adelante) nos hablan de un insuficiente diagnóstico previo a la derivación.

No tenemos, no hay nada por escrito, ni hay unos indicadores, ni hay unos criterios. Nos guiamos por lo que cuentan los propios usuarios. 1.
...últimamente ya te dicen dónde quieren ir. O sea, que tú no tienes ni que decirle. Y te dice “me voy a ir a comunidad. ¿Me das el teléfono, que lo he perdido?”. 1.
Vienen y dicen “prefiero ir a tal, porque sé que para entrar es más...”. 1.

Un segundo factor que determina la indicación terapéutica es la existencia de un catálogo de programas y recursos con un enfoque indicado, que permita orientar a cada

persona usuaria a un recurso, o a un programa dentro de ese recurso, que se adapte a sus necesidades. En este caso, en las entrevistas también se ha manifestado la debilidad a este respecto de la red asistencial en Navarra. Sin embargo, es necesario resaltar cierta contradicción en el discurso. Se plantea que cada vez es más habitual la confluencia en una misma persona de necesidades y problemáticas múltiples y diversas¹⁰⁰, pero no parece fácil que esta realidad pueda ser abordada adecuadamente con el reforzamiento en la especialización por perfiles de los recursos, como se propone en algunas entrevistas.

Una necesidad de recursos más estructurados, más específicos... 1.

No hay programas específicos relacionados con determinados perfiles, sino que es algo generalista de tratamiento de toxicomanías... 1.

Haría falta separar y diferenciar mucho más los procesos y los tratamientos por distintos grupos. 2.

...igual habría sido necesario definir las características de cada centro y saber qué perfil de pacientes puede ir a cada centro. Agrupar pacientes del mismo perfil, de manera que el tratamiento fuera como más indicado. 1.

La patología dual es un caso paradigmático respecto al abordaje de necesidades y problemáticas múltiples en una misma persona (dependencia a drogas y patología mental, en este caso). En la literatura del sector se describen diferentes modalidades en el abordaje de este fenómeno (Zimberg, 1996):

- Abordaje *secuencial*. La persona usuaria accede primero al servicio de drogodependencias (o al de salud mental) y, una vez “estabilizado-a”, se le deriva al servicio de salud mental (o al de drogodependencias).
- Abordaje *en paralelo*. Cada servicio interviene sobre el trastorno correspondiente de manera independiente.
- Abordaje *integrado*. Un mismo equipo aborda de forma conjunta ambos trastornos.
- Abordaje *coordinado*. Diferentes servicios intervienen en el tratamiento. Aunque en el proceso haya fases en las que un servicio desarrolla una intervención más intensiva que los otros, la coordinación es constante entre todos.

En el caso de Navarra, la modalidad más extendida es la *secuencial*, mientras que la modalidad *coordinada* (que es la más recomendada en la literatura del sector),

¹⁰⁰ Ver apartado 3.2.4.

requeriría de unos protocolos y sistemas de gestión de casos y de trabajo en red que aún no se encuentran asentados en Navarra¹⁰¹.

La intervención secuencial no está funcionando, pues primero trato esto y luego trato eso. No se hace un abordaje integral. 2.

○ **Las comunidades terapéuticas.**

Las comunidades terapéuticas han experimentado una importante transformación durante los últimos años. De ser la principal y prácticamente única alternativa de tratamiento en el inicio de la década de los 80, han pasado a ser una modalidad más (y no la más utilizada). De ser el paradigma del recurso “heroinocéntrico” y orientado hacia la abstinencia, han pasado a tratar a personas con problemas de dependencia a otras sustancias y han incorporado la metadona y otro tipo de fármacos como una herramienta terapéutica más. De ser centros, en algunos casos, no profesionalizados, carismáticos y constituidos como lugares de vida, a constituirse en centros “*que se gestionan con una base de conocimientos especializada y que consiguen un buen nivel de eficiencia*” (Comas, 2011). Sin embargo, aún se detecta la necesidad de profundizar en la adaptación a la nueva realidad, a las nuevas exigencias de la atención a drogodependientes. Por ejemplo, su ubicación física, que en otros momentos suponía una ventaja, actualmente se constituye en un importante inconveniente.

*Que sigan estando alejadas de los medios urbanos, pues no favorece nada. 2.
...en su época estaba muy bien que estuviera a treinta kilómetros de Pamplona, pero bueno, con el perfil de personas que tenemos, tienes que hacer constantemente viajes a Pamplona... 2.*

Sin embargo, la mayor inadaptación de las comunidades terapéuticas de Navarra procede de su ubicación institucional. ¿Son un recurso social o de salud?, sería la pregunta. Formalmente, en la actualidad son un recurso de la red sanitaria, aunque en un principio la red concertada específica fue creada como un conjunto de recursos de carácter fundamentalmente social y educativo. En el discurso recogido se manifiesta con claridad que su posterior traspaso a la red sanitaria no ha terminado de ser real y siguen apareciendo importantes contradicciones: en el tipo de composición disciplinar de los equipos (con poca presencia de profesionales sanitarios), en el tipo de relación

¹⁰¹ Profundizaré sobre esta cuestión en el apartado 4.6. sobre estrategias de atención sociosanitaria.

con el resto de la red sanitaria (todavía muy dependiente), en la presencia del copago (único caso en el sistema navarro de salud), en la persistencia del requisito de empadronamiento previo durante dos años mínimos (que dificulta especialmente la atención a personas inmigrantes).

Los recursos que precisa, por ejemplo, una comunidad terapéutica que está atendiendo patología dual, pues es que es un recurso sanitario que necesita dotación sanitaria, es decir, no la podemos mantener como hace veinte años con un educador el fin de semana. 2.

...lo ideal sería que tuviéramos algún tipo de integración en el sistema informático de la red pública, de tal manera que se pudiera...los médicos que están dentro de nuestros servicios podrían recetar...y lo único que vamos a hacer es evitar actos médicos en atención primaria. 2.

...si yo pudiera gestionar, hacer las derivaciones, y pudiera hacerme las recetas yo, si me dejaran a mí manejar el programa informático...2.

¿Por qué Osasunbidea cobra o permite que paguen el quince por ciento de su tratamiento los drogodependientes que ingresan en comunidad terapéutica? 2.

¿Por qué cuando una persona va al hospital no se le quita la renta básica y cuando vienen a una comunidad terapéutica sí? ¿Por qué la subvención para entrar en comunidad terapéutica es incompatible con una renta básica? 2.

Navarra establece que para ser tratado en un régimen residencial tienes que llevar dos años residiendo aquí...a nosotros nos parece que habría que modificar ese criterio famoso de los dos años, como una acción de salud pública, como una acción de salud y como una acción humanitaria. 2.

○ **El sistema jurídico-penal.**

El jurídico-penal es el otro sistema, junto con el de salud, con el que más se relaciona la población drogodependiente. Por lo tanto, podríamos decir que también forma parte de las políticas públicas ante las drogodependencias. Sin embargo, durante muchos años, apenas ha participado en el diseño y la puesta en práctica de las respuestas de tipo tratamental. No es hasta la segunda mitad de la década de los 90 que la situación comienza a cambiar. En el caso de Navarra, y como ya se ha comentado en el anterior apartado, la creación en el año 1995 del Grupo de Trabajo Jurídico-Penal marcó un importante hito. No obstante, y aún reconociendo los avances alcanzados, en el discurso se manifiesta la necesidad de revisiones normativas respecto a las medidas y en relación con el papel del Juzgado de Vigilancia.

Yo creo que la normativa ahora mismo debe volver otra vez a leerse, a releerse por los legisladores. Creo que un poco también deben de escuchar lo que desde el área de tratamiento...a veces, nos encontramos con nueve años de condena de un señor

que debe salir porque está preparado, está motivado, o al cabo de un año ves que está motivado, pero tiene ocho años por delante. 3.

Falla el aspecto procesal...el Juzgado de Vigilancia tendría que ser también de ejecución de penas, asumiendo no solamente el papel que tiene respecto al cumplimiento de prisión...el Juez de Vigilancia adopta un papel casi de órgano administrativo de seguimiento de penas, y la última decisión se la reserva el tribunal sentenciador...si queremos hacer que el proceso penal y el proceso terapéutico vayan a la par, necesitamos que ambos sean flexibles...3.

Asimismo, para poder mejorar la atención a la población drogodependiente que está en contacto con el sistema jurídico-penitenciario, se proponen cambios que mejoren la oferta de servicios: un servicio social penitenciario vinculado a los órganos judiciales penales y un módulo terapéutico en el futuro centro penitenciario.

...habría que crear un servicio social penitenciario vinculado a los órganos judiciales penales, de la misma manera que existe en menores, de manera que el Juez antes de poner una medida alternativa, tenga una opinión previa. 3.

...de cara al nuevo centro sí sería bueno que hubiese un módulo de drogodependientes que se trabajase la motivación y de ahí derivarlos...trabajar esa idea de un módulo terapéutico, que existe en otros centros penitenciarios, con un equipo multidisciplinar, donde estén presentes el área sanitaria, el área tratamental y donde colaboren las comunidades terapéuticas...y un educador que es el educador de ese módulo, no es el educador del resto de módulos, sólo de ese módulo.3.

○ **La actitud de los y las profesionales de salud mental.**

En algunas entrevistas ha sido señalado, el tipo de actitud que el colectivo de profesionales de la red de salud mental tiene hacia el programa de drogodependencias, como una de las dificultades para su adecuado desarrollo. La baja motivación hacia el trabajo con este tipo de pacientes, junto con la falta de formación específica y cuestiones morales, surgen como importantes debilidades según el testimonio de estas personas. Los y las profesionales que trabajan con población drogodependiente afectada por necesidades especiales son quienes más aluden a este tipo de actitudes, y no sólo en los centros de salud mental.

Dentro de los programas prioritarios de la Subdirección está la drogodependencia, pero creo que los profesionales desde la falta de motivación, falta de formación, o cuestiones de tipo ideológico, y por lo difícil que es trabajar con este tipo de población...han perdido de alguna manera motivación para trabajar con este perfil. 1.

...la idea que yo tengo es que, en general, los psiquiatras no quieren saber nada del tema de drogodependencias. 2.

¡Claro!, yo creo que todavía hay profesionales con bastantes prejuicios del yonqui, o la yonqui, y de -¡hala!, toma la receta y que no te vuelva a ver en dos meses-...Si,

bueno, todavía hay profesionales de atención primaria que en cuanto va una persona así, pues dicen: -bueno, tú aquí no, este no es tu sitio, tú aquí...- Se lo quitan de encima ¿no?...Pero, bueno también hay personas, vamos yo conozco, con unas buenísimas prácticas dentro de salud. 4.

En las entrevistas realizadas también hemos podido detectar opiniones que reflejan con claridad esa visión del colectivo de drogodependientes como unos pacientes “incómodos”, “difíciles”, y del programa de drogodependencias como un servicio hacia el que se siente poca motivación por parte de los y las profesionales de la red pública de salud mental, sobre todo en un contexto como el de los últimos años, de crecimiento constante en la demanda general y de saturación en los servicios de salud mental.

*Ya sabes que son unos pacientes desagradables y desagradecidos. 1.
...pero son muchísimo más problemáticos, muchísimo más demandantes y muchísimos problemas. Y ¡claro!, el problema es que no están ellos solos, que hay niños, las salas son lo que hay... 1.
A veces, cuando yo tengo la agenda citada, donde pone drogodependiente, casi siempre pienso: “este no vendrá”. Y es que efectivamente es así...¿cuándo acuden?, cuando quieren algo concreto, ya, ahora... 1.
...la demanda en la red ha ido creciendo tanto que...hoy te falta un toxicómano, pues a lo mejor es como un psicótico, que lo tenías que llamar o hacer un seguimiento, preguntar por qué no ha venido o tal...pero no lo hacemos, eso queda diluido. 1.*

Resulta sorprendente este tipo de actitud, especialmente en un contexto como el de la salud mental, no caracterizado precisamente por un tipo de población usuaria “fácil” y “cómoda” en general. Sin embargo, es una realidad detectada también en otros trabajos. Por ejemplo, Pedro Marina (2001) señala que “*se ha ido configurando una actitud de los profesionales sanitarios poco interesada en el tratamiento de las conductas adictivas, que desemboca en muchas ocasiones en incomodidad e incluso rechazo hacia los pacientes,...*”. El mismo autor alude a varios factores que podrían estar implicados en la aparición de este tipo de actitud: factores morales, que connotan el consumo de drogas como un comportamiento negativo y asignan a la persona la culpabilidad de su situación; el tardío interés de la psiquiatría por esta área de conocimiento, que ha influido en su escasa presencia en la docencia universitaria y post-universitaria, así como en la investigación básica y aplicada; la imagen de un área con muy escasa eficacia, relacionada con una práctica histórica en la que únicamente se buscaba la abstinencia total y permanente.

Lo cierto es que este tipo de actitudes tienen una gran relevancia en la relación terapéutica con la población drogodependiente, como veremos posteriormente también en las entrevistas a personas usuarias de la red de tratamiento. Precisamente uno de los ejes propositivos de esta tesis consiste en abordar estas cuestiones actitudinales, presentes en un sector importante de los y las profesionales, desde el enfoque de la competencia intercultural¹⁰².

Además, este colectivo es muy sensible a las discriminaciones, a las marginaciones y a las exclusiones, y entonces enseguida perciben cuando una persona, en realidad, pues las está excluyendo o marginando o tal...4.

○ **La ubicación institucional del programa de drogodependencias.**

¿Qué opinan los y las profesionales sobre el mantenimiento del programa de drogodependencias en la red de salud mental? La respuesta no es unánime, pero la mayor parte de los y las profesionales de la red de salud mental defienden en sus entrevistas la necesidad de crear una red específica que atienda el programa de drogodependencias (como ocurre en otras comunidades autónomas). El tipo de percepción sobre la población drogodependiente puede explicar este tipo de respuesta, por lo que se refuerza la necesidad de desarrollar actuaciones formativas dirigidas a los y las profesionales, como las que propongo en el apartado 5.2. sobre competencia intercultural.

...son un tipo de patologías que deberían estar igual al margen de...vamos, como unos centros específicos de drogodependencias. 1.
...es un poco el sentir yo creo de casi toda la gente de los centros de salud mental, en general. 1.

No obstante, en otras entrevistas realizadas (incluso una de ellas en un centro de salud mental) también se recogen opiniones que siguen apostando por la integración de la atención a drogodependientes en los centros de salud mental. Las potencialidades que presenta para la coordinación entre recursos sanitarios y sociales, además de las posibilidades de atender de una manera más adecuada la patología dual, aparecen como los argumentos más señalados.

Facilita la intervención integral, la intervención con la patología dual y facilita la coordinación con todos los recursos sanitarios y sociales...1.

¹⁰² Será abordado en el apartado 5.2.

...yo si que quiero dejar constancia de que a mí me parece bien que esté integrada, de cara a que los pacientes con patología dual sean atendidos por las mismas personas...que a las personas se las atienda como personas y no como problemas separados. 2.

En una de las entrevistas se recuerda que, si se hubiese cumplido lo previsto en el I PFD respecto a la creación de subequipos especializados en los centros de salud mental, el cuestionamiento sobre la ubicación institucional del programa de drogodependencias quizás no se habría producido de la misma manera. De esta manera se podría haber contado con las ventajas de la especialización y de la integración en la red general.

Entonces ¿hay que diseñar cosas nuevas? Pues la verdad es que si se aplica lo que estaba diseñado, pues igual tendríamos otra respuesta...porque estaba diseñado que en cada centro de salud mental habría una especie de subequipo exclusivamente, no prioritariamente, exclusivamente para esto, porque sino las otras patologías lo van a absorber. 2.

○ **Recursos sociales de apoyo.**

El documento del I PFD recogía la creación de pisos de acogida. Sin embargo, y como ya se ha señalado en este mismo apartado, durante este periodo no ha sido creado ninguno. En varias de las entrevistas se ha insistido en la necesidad de este tipo de recursos sociales de apoyo a los programas terapéuticos.

...se necesitan temas residenciales, pues de pisos... 2.
...lo mismo que ha habido pues un crecimiento importante de las residencias para personas mayores, pues tiene que haber un crecimiento de residencias y de pisos tutelados o de historias intermedias para personas con problemas ¿no?...pues es que hemos tenido a un señor alcohólico a que lo cuidara su madre de ochenta y no se cuántos años, porque el hombre además tenía una minusvalía. En el centro no podía ducharse si quiera, ni asearse, y no había un recurso para esa persona y tenía que ir con su madre...2.
...es decir, yo veo necesario cosas como pisos pre y pos ingresos a la gente que quiera acceder. Te encuentras con gente que quiere y que tiene que estar viniendo aquí (centro para personas en alta exclusión) en contacto con gente que está consumiendo mucho y le están ofreciendo todo el día a ver si quiere, y él está intentando hacer el esfuerzo de irse a no se qué comunidad...Y lo mismo a la salida, es decir, hay gente que sale de la comunidad y que me vuelve aquí, y yo digo: “no puede ser esto, o sea, no cabe”. 4.

Asimismo, y como respuesta a las necesidades de uno de los perfiles tratados desde la red (el colectivo de personas en una situación más cronificada) se demanda la creación de recursos y programas adaptados: residencias de acogida, centros de baja exigencia.

...tampoco se ha creado un sitio de mínimos. Pues para la contención de unos días...Aquí en Navarra no hay muchos recursos de bajo umbral...Entonces, las urgencias sociales están copadas por este tipo de pacientes. 1.

Incluso en algún caso se afirma que la creación de ese tipo de recursos permitiría que las comunidades realmente se convirtieran en espacios terapéuticos, y no en centros de acogida para personas que “entran y salen” porque no tienen otro tipo de recurso en el que estar.

...pero se están dando muchos casos de una cronificación de las entradas y salidas de muchos de los usuarios, que habrá que ver si a eso hay que llamarle comunidad terapéutica o hay que llamarle un recurso distinto que ésto y punto, por llamar a las cosas como son...4.

La creación de este tipo de recursos nos remite expresamente a la necesaria, pero compleja, atención sociosanitaria. En coherencia con lo observado en el análisis de las memorias, en las entrevistas también he podido recoger opiniones que apuestan por un incremento en la implicación del Departamento de Política Social en la intervención sobre las drogodependencias. Asimismo, se afirma que Salud y Política Social deben diagnosticar conjuntamente las necesidades existentes en esta área y diseñar servicios que permitan afrontar las necesidades sociales de personas afectadas por problemáticas de salud (o viceversa).

...en la futura red muchos de los cuidados que faltan tienen que ver más con Bienestar Social que con Salud. 2.

○ **Coordinación y trabajo en red.**

Para entender la necesidad de la coordinación y el trabajo en red desde este ámbito, debemos comprender que las drogodependencias son una problemática de marcado carácter longitudinal y transversal.

- Longitudinal, porque los problemas de drogas en un individuo se desarrollan en un proceso o recorrido por distintas fases. Además, este proceso no es lineal, sino que puede tener retrocesos o también momentos de aceleración en el recorrido. En definitiva, que no solo cada persona drogodependiente es distinta y precisa que nos adaptemos a sus características y necesidades, sino que estas características y necesidades varían dependiendo del momento evolutivo en el que se encuentre el sujeto. Por lo tanto, es preciso que la persona encuentre en su proceso una “red articulada de ocasiones para cambiar” (Funes, 2005). Es decir, diferentes recursos (articulados o coordinados) que se adapten a los distintos momentos en los que la persona se encuentra.
- Transversal, porque en la aparición y desarrollo de un problema relacionado con el uso de drogas están involucrados aspectos multidimensionales. Por lo tanto, esa “red articulada de ocasiones para cambiar” debe tener en cuenta el abordaje simultáneo y complementario de diferentes áreas de intervención transversales: relacional, salud, educativa, familiar, legal, formativo-laboral, etc. Lógicamente, todas estas áreas no pueden ser abordadas adecuadamente desde un único recurso, sino que debe producirse un esfuerzo coordinado (Arza, 2008).

En esta misma línea, Eusebio Megías (2000) señala que “...*esta exigencia de diversificación, multiplicación y aproximación de los puntos de contacto asistencial no puede realizarse sino desde una fórmula estratégica intersectorial, interdisciplinar e interinstitucional*”. A este respecto, en el discurso recogido en las entrevistas se identifica precisamente la coordinación, y el trabajo en red, como una de las principales debilidades del sistema de atención a drogodependientes. Esta debilidad es percibida en todos los niveles que definen un sistema de coordinación: desde el modelo de gobernanza hasta el diseño de protocolos, pasando por el establecimiento de estructuras de coordinación o la puesta en marcha de procedimientos para la gestión de casos. En cuanto al modelo de gobernanza, se señala la carencia de liderazgo en el ámbito del tratamiento a drogodependientes. Como ya se ha argumentado en esta tesis, la coordinación del programa de drogodependencias ha correspondido a la Subdirección de Salud Mental, por lo que el equipo técnico del Plan Foral no ha desempeñado un papel muy relevante al respecto. Sin embargo, desde la Subdirección no se han realizado actuaciones específicas de coordinación de la atención a las

drogodependencias, por lo que el vacío de liderazgo ha sido muy evidente de acuerdo con el discurso recogido en las entrevistas. Las personas entrevistadas, especialmente las que trabajan en recursos específicos, reclaman un mayor protagonismo y liderazgo por parte del Plan.

...sería interesante que tuviera un mayor liderazgo y una mayor presencia...No hay unas líneas desde el PFD. 1.

...a nivel asistencial el Plan Foral no pinta. ¡Claro!, está bajo responsabilidad exclusiva del Servicio Navarro de Salud. 2.

...creo que eso se podría solucionar siempre y cuando tuviéramos un interlocutor que tuviera capacidad de mando, de poder ejecutar cosas: “tengo este problema en concreto. Oye, pues no me parece buena idea, oye sí me parece buena idea, lo llevas adelante”. 2.

Uno de los objetivos o de las líneas estratégicas que un Plan debería tener, desde mi punto de vista, es realizar esa labor de gobernanza, de liderar, de articular, de ser facilitador también de la articulación, porque eso también ayuda a ver todas las necesidades que puede haber. 2.

La carencia de espacios formalizados de coordinación e intercambio es señalada también como una debilidad muy relevante. Según el discurso detectado, gran parte de las acciones de coordinación responden más a la relación personal que a la formal o institucional.

...no se ha molestado nadie en fomentar la coordinación. Cero. No hay ninguna estructura,...nada, ni entre los equipos, ni entre profesionales, nada...Entonces ¿qué es lo que hay?...Es relación personal. 2.

...es más pues yo te llamo, tú me cuentas, pásame un informe, te pasa el informe, tu le pasas... pero no hay una protocolización, una sistematización. 2.

...hubo una comisión de seguimiento del Plan, pero desapareció...tenemos una red de entidades...que estamos en el ámbito de lo social, no tanto de lo público...yo creo que sería bueno tener un ámbito de intercambio entre agentes que trabajan dentro de los centros de salud mental, que trabajen en las unidades de hospitalización psiquiátrica y que trabajen en los centros específicos de atención. 2.

Estos espacios de coordinación e intercambio podrían ser un ámbito idóneo para el diseño de protocolos y procedimientos. La ausencia de protocolos se hace especialmente evidente en el momento de la derivación, según el discurso recogido en las entrevistas.

Sería bueno que hubiera un espacio de comisiones de trabajo para la elaboración de protocolos, porque luego, al final, muchos de nuestros pacientes van haciendo circuitos a lo largo de la red. 2.

...no existe un protocolo de derivación...sí que Salud tiene concertadas con nosotros las plazas, pero no existe un documento que firme el médico y que haga la derivación aquí, como oficial,... 2.

No hay nadie que diga cuánto, cómo hay que esperar para pasar de un centro al otro centro. 2.

...a veces nos aparece aquí un expulsado o alguien que ha estado en otro centro y no sabemos la dosis que está tomando, no sabemos si le están dando medicación o no. 1.

En las entrevistas también surgió esa doble dimensión, longitudinal y transversal, de las drogodependencias. Es preciso tenerla en cuenta para poder gestionar cada caso a través del diseño de itinerarios terapéuticos adaptados y poniendo en marcha procesos de acompañamiento social. Curiosamente, son los y las profesionales que trabajan en recursos no específicos quienes más aluden a esta cuestión en su discurso.

...yo creo que es necesario tener muy bien hilados los diferentes momentos por los que puede pasar una persona para que no se quede estancada en un recurso o en una asistencia, y a partir de ahí pueda dar el siguiente paso, y luego pueda seguir dando el siguiente paso porque va a estar acompañada en ese proceso y, además, va a estar con residencia y va a estar haciendo trabajos, talleres, va a estar preparándose para una posible incorporación. 4.

Y esos recursos probablemente son necesarios si haces acompañamiento. Es decir, vamos a acompañar en esta historia, estamos ahí, tratamos de incidir en un montón de historias, que es que si no, tu le das la renta básica (o la metadona o el tranquilizante) y ¿qué hace...? 4.

...se escapan muchísimos casos de adolescentes con consumos problemáticos que luego cuando los ves con diecinueve o veinte años te cuentan unas historias tremendas de consumos asociados con fracaso escolar, y a lo mejor vinieron a salud mental por problemas de conducta pero no se detectó, no se siguió o no se coordinó el caso. 1.

Todos los contenidos reflejados en este apartado sobre coordinación y trabajo en red están vinculados con otros de los ejes propositivos de esta tesis: la gobernanza (especialmente la gestión de redes)¹⁰³ y el desarrollo de estrategias para la atención sociosanitaria de proximidad (especialmente la gestión de casos y el acompañamiento social)¹⁰⁴.

¹⁰³ Ver apartado 5.1.7.

¹⁰⁴ Ver apartado 4.6.3.

○ **Las relaciones institucionales con el sistema jurídico-penitenciario.**

En las entrevistas se dedicó un importante espacio a la reflexión en torno a un tema muy vinculado con la atención sociosanitaria: las relaciones de los recursos de tratamiento con diferentes sistemas no específicos. Analizaré en primer lugar lo referido a las relaciones institucionales con el sistema jurídico-penitenciario.

En primer lugar se detectan dificultades de comunicación, de comprensión mutua. Se trata de instituciones o sistemas con lenguajes diferentes, con procedimientos distintos. Si no se realizan esfuerzos de acercamiento, estas diferencias se pueden engrandecer y convertirse en barreras que dificulten el trabajo conjunto.

...lo que pasa es que hay mucho desconocimiento.... No saben si tenemos ahí seguratas en las puertas, o si tenemos barrotes, yo creo que no tienen ni idea de lo que es un centro terapéutico. 2.

Igual ese es el problema. Ellos hablan en términos jurídicos y nosotros en términos asistenciales y eso es muy difícil. 1.

Una cosa es el ritmo de los procesos terapéuticos y otro es el proceso judicial. 2.

La falta de un adecuado afrontamiento de las diferencias entre ambos sistemas influye en que aparezcan discrepancias, incoherencias entre peticiones y ofertas. Desde los centros asistenciales se siente que lo solicitado desde el sistema jurídico-penitenciario puede afectar negativamente a su oferta asistencial, que pierden su capacidad de decisión terapéutica.

Porque no puedes hacer esa doble función terapéutica y controladora. 1.

...de alguna manera se desvirtúa lo que es lo puramente asistencial para acabar siendo una medida puramente burocrática, ¿no? 1.

...tendrían que pedirnos concretamente algo o concretar un poco, y nosotros tendríamos que tener una oferta. 1.

Como una sensación de sentirte invadido con las decisiones...la forma, lenguaje y esto, te sientes un poco cohibido ante..."y ordenamos su ingreso en el centro y no se qué y no se cuántos, desde mañana" ...y dices... ¿mañana? 2.

...a veces te sientes con que una persona la quieres expulsar y te dicen "cuando te autorice el juez". Perdona, el tipo de tratamiento lo decido yo. El juez no decide si me operan de apendicitis o me dan un jarabe ¿no? 2.

Por su parte, desde el sistema jurídico-penitenciario se demanda una mayor implicación en la coordinación, especialmente por parte de los centros de salud mental. Lógicamente, pueden estar influyendo en esta situación factores como los que se han ido citando hasta el momento: saturación de la red de salud mental, escasa priorización

del programa de drogodependencias en los centros de salud mental, el tipo de actitud hacia este tipo de pacientes, etc.

Las relaciones con los centros de salud mental, a excepción de X, son prácticamente inexistentes. Es decir, nosotros derivamos pacientes, con los programas de metadona les comunicamos las altas, ellos nos avisan, de vez en cuando tenemos que llamarlos a ellos para que nos digan las dosis, etc. Pero no se suelen implicar en el tratamiento de la drogodependencia... 3.

Por otro lado, desde los centros asistenciales se resienten de la enorme cantidad de informes y trámites que precisa su relación con el sistema jurídico-penitenciario.

...con la cantidad que hay de gente con judiciales, las exigencias de los juzgados a la hora de mandar muchos informes mensuales, trimestrales, de incidencias... 2.

En coherencia con el tipo de opiniones y percepciones recogidas, la demanda de una mayor y mejor coordinación surgió prácticamente en todas las entrevistas.

...antes había un grupo jurídico penal y quizás pues a lo mejor era cuestión de retomarlo, de volverlo a poner en marcha, de coordinarnos o de juntarnos un poquillo ¿no? 2.

○ **Las relaciones institucionales con la atención primaria de salud.**

Como ya se ha referido en esta tesis, la atención primaria de salud tiene asignado un importante papel de detección y derivación en el itinerario terapéutico diseñado por el PFD. Por otro lado, la cartera de servicios de atención primaria recoge la intervención en drogodependencias como uno de sus servicios. Sin embargo, desde el discurso recogido en las entrevistas a profesionales de centros de salud mental y equipos especializados, se percibe una insuficiente participación de los centros de salud en la atención a la población drogodependiente.

...creo que se sigue ocupando poco...en general creo que no hay un control directo, a no ser que sea una enfermedad terminal o así. 1.
En el caso de metadona y drogas, con atención primaria en absoluto...Y encima están encantados de que no los tienen. 1.
La coordinación es más para temas puntuales, médicos, que necesitan esto o aquello. 1.
...es que en atención primaria se hace muy poco, o no se hace nada o casi nada... 2.

La saturación de los centros de salud, pero también la falta de formación específica de los equipos, son señaladas como posibles causas de esta falta de implicación. La tendencia es a tratar de no “destapar” mucho un tema para el que no se tiene tiempo ni formación suficiente.

*Es culpa nuestra creo, ellos no tienen formación y no saben qué tipo de recursos hay, no saben cómo gestionar... 1.
Entonces veo que hay un susto importante, o sea como un miedo a tocar medicación psiquiátrica. 2.
...se obvia, incluso el preguntar, incluso aunque un mensaje breve...hay como miedo a hablar de eso...incluso alguna desintoxicación sencilla... y saturan salud mental...2.*

No obstante, también se señalan algunas experiencias de positiva colaboración. Especialmente se incide en que cuanto más alejados geográficamente de los centros de tratamiento están los equipos de atención primaria, más se implican, y viceversa. En todo caso, la disponibilidad de los servicios especializados y específicos para apoyarles, es un factor determinante en el logro de su implicación.

*Digamos que, en la medida que están más lejos han asumido más cosas, en la medida que están más cerca de nosotros, nosotros hemos asumido más. 1.
Nosotros a veces lo utilizamos...y si tu les das indicaciones claras suelen...2.
Muy implicados, cualquier cosa que les pides pues enseguida solucionan, y si ellos no, entonces te dicen dónde, cómo, la verdad es que tienen a los pacientes tan cerca en esas zonas que...2.
...hemos hecho una política de informar a los centros de atención primaria de nuestros servicios, ofertando una sesión informativa dentro de su centro, en su espacio formativo. 2.*

Especialmente se es crítico con la insuficiente participación de los equipos de atención primaria en el abordaje del uso problemático de bebidas alcohólicas, que también es corroborada por los datos recogidos de atenciones realizadas¹⁰⁵. Además, se considera que en este espacio podrían tener un papel especialmente relevante. Esta ausencia de participación contrasta con su activa implicación en el caso del tabaquismo.

*Con tabaco, no. Porque hay un programa específico. Hay un protocolo, entonces se aplica, pero no hay un protocolo para alcohol, por ejemplo, u otras drogas, no existe. 2.
Pero tampoco atención primaria los detecta (los casos de alcoholismo)...Y si nos vamos después a zonas hospitalarias y dices: pacientes que entran en la red hospitalaria, en medicina interna o en digestivo, por cualquier problema causado por el alcohol, pero claro, que ya se manifiesta con una hepatopatía o cualquier*

¹⁰⁵ Ver apartado 3.2.4.

cosa de ese tipo, pues no se codifica que tiene un problema de dependencia, se trata la hepatopatía y punto. Y a no ser que aparezca un síndrome de abstinencia 2. Ves pacientes que van con un montón de patología orgánica, que estás seguro que cuando ocurren cinco cosas tiene que haber detrás un alcoholismo, eso no se toca, ni se pregunta. 2.

○ **Las relaciones institucionales con los servicios sociales.**

En relación con los servicios sociales municipales, y otros recursos concertados de atención a personas en situación de exclusión, desde la red asistencial se señala una debilidad principalmente: los excesivos requisitos que plantean para la incorporación de la población drogodependientes a sus programas. Esta debilidad es percibida especialmente por los y las profesionales que trabajan con población drogodependiente que tiene necesidades especiales (alta exclusión, prostitución, inmigración, población gitana, etc.), ya que suelen tener una mayor relación con los servicios sociales.

Normalmente más dificultades solemos tener yo diría con unidades de barrio, con servicios sociales, en donde muchas veces es muy complicado el seguimiento de los acuerdos de incorporación que conllevan las rentas básicas o cosas por el estilo. Y bien por sobrecarga en los servicios o bien por la implicación que unos u otros profesionales puedan tener, es más complicado. Son personas con más dificultades que las que normalmente se tienen. Entonces ahí, el plantear exigencias de cumplimiento pues pueden..., sobre todo si paralelamente no ofrecen un trabajo más cercano, más personalizado... 4.

Nos encontramos con que a la mayoría de los talleres ocupacionales no tienen acceso personas con problemas de consumo de sustancias. 4.

Que existan recursos donde no sea excluyente el uso de sustancias para que sean atendidas estas personas. 4.

Por parte de los equipos que desarrollan planes municipales sobre drogodependencias (PMD), en las entrevistas realizadas también hemos recogido demandas de mejora, especialmente de la formalización en la coordinación con los recursos de tratamiento. La falta de una formalización en la participación de los servicios sociales en la atención a personas drogodependientes puede estar influyendo en ello. Ya se señaló en el apartado 3.4.3. que, desde el año 2003, los servicios sociales no pueden derivar a tratamiento. Además, en la cartera de servicios sociales apenas se recoge la atención a las drogodependencias.

En el momento en el que tú derivas a un servicio especializado hay muchas dificultades en una devolución o de un seguimiento de ese caso. 5.

La relación es que tu puedes llamar para informarte cómo funcionan, pero no tienes relación ni para derivar, ni para hacer el seguimiento de los pacientes, porque no son ni tus pacientes. Yo no lo derivo, deriva el centro de salud, entonces es como que se pierde el hilo... la información a quien le va a llegar es al centro de salud.5.

Puntual, a demanda e irregular... nosotras nos ponemos en contacto con ellos... a ver qué tal van, qué tal, la relación es casi económica. No tenemos un plan de estos de que las personas salen de las comunidades terapéuticas, que es algo que nosotras agradeceríamos muchísimo... Con el centro de día lo mismo, con los (...) hay más coordinación, mientras están trabajando con ellos si hablamos de los casos pero no hay otro trabajo más. Y con salud mental la cosa se pone peor. 5.

A mi me parece que una de las cosas en las que habría que trabajar muchísimo sería en el tema de la coordinación con centros de salud, salud mental y comunidades, suspertu, proyecto hombre, ese tipo de entidades. Que es muy poca o prácticamente nula, depende mucho de las personas que están en algunos servicios. 5.

○ El discurso de las personas usuarias.

El discurso recogido a través de las entrevistas a personas usuarias es coincidente en gran parte con la percepción de los y las profesionales respecto a las debilidades de la red de tratamiento a drogodependientes en Navarra. Así, en algunos testimonios se observa cómo la opción por un centro o por un tipo de tratamiento suele responder a preferencias personales o a recomendaciones del entorno, y no tanto a una indicación terapéutica.

“Me apunto aquí, aquí y aquí y entonces el que me llama primero a ese sitio voy”. 6.

Pues, un poco cuando pedí los centros, pues entre el X¹⁰⁶ ...Z¹⁰⁷ ... y pregunté y eso, a mi por ejemplo éste, me explicaron gente que había estado que estaba muy bien...y para mí éste me parecía el mejor. Me gusta el campo y eso...13.

Si, mi hermano se puso en contacto con X, que ya conocía a las personas que estaban allí, y me concertó una cita. 7.

El tipo de actitud percibida en los y las profesionales también surgió en las entrevistas como un factor que puede dificultar enormemente la relación terapéutica. Desde este discurso, generan barreras en la relación quienes muestran frialdad, no cuidan el trato, pretenden imponer. Las personas entrevistadas detectaban este tipo de actitud en ciertos profesionales de los centros de salud mental, pero también en otros servicios no específicos como algunos servicios sociales.

¹⁰⁶ Centro privado concertado.

¹⁰⁷ Centro privado concertado.

Pues muy seco...muy monótono, o sea...sin interés, nada, sentada ahí...escribiendo, pin pan, pin pan, pin pan, pin pan, yo todo... pues eso contándole y la otra escribiendo, bueno pues nada, te vienes la semana que viene y te daremos la metadona...vale pues nada, muy bien, gracias...ya está. 17.

Entonces, fui al psiquiatra, y cuando yo entré, el psiquiatra todo lo que me dijo era: “¿Qué, te va la priva?”, y a mí, esto no me gustó...No, fui solamente, una vez. Y no pienso volver allí...después de contar todo lo que me contó, me mandó pastillas, que claro, me dejaban, pero drogada perdida. 15.

Tu vas a un servicio social y cuando hablas con tu asistente de barrio o con la persona encargada de la unidad de barrio, hablas con ella y parece que es ella la que decide. 11.

En el discurso detectado, los centros de salud mental son identificados como espacios que te permiten acceder a una derivación o a determinada medicación, pero en los que la relación es muy puntual, por lo que no se puede esperar un vínculo terapéutico, una orientación, una escucha,...

He acudido muy pocas veces (al centro de salud mental) y realmente es cuando...no sé por qué, igual porque tendría que haberme derivado a otro sitio o tal, pero igual ha sido la relación más fría, o menos... he estado la verdad que muy poco, pues un par de horas espaciadas en 8 o 10 meses...y tampoco...no, no creo que me haya aportado mucho. Igual lo que él vio cuando habló conmigo es que realmente tenía que ir a otro sitio.7.

Y el psiquiatra, cuando salí de prisión y a tal y así y luego no fui más hasta que decidí ingresar que fui a pedirle el informe médico. 11.

No obstante, cuando la actitud percibida en los y las profesionales es diferente, la relación es valorada de manera muy positiva. Desde este discurso, facilitan el vínculo quienes muestran interés, orientan, están disponibles, te conocen, tienen en cuenta tu situación.

Si, centro de salud si..., he tenido la suerte de estar con dos médicos muy buenos. Uno de ellos sobre todo, yo creo que le interesaba además mucho todo lo que era todo esto, y pasaba con él ratos muy grandes. 7.

Compañía y hay veces que no me siento tan aislado de la sociedad cuando estoy con ellos (servicios sociales) y eso es lo que me aporta más que nada. Y también un poco mi estructura de la vida...me ayudan un poco a elegir mi camino. Pero aunque sé que soy yo quien lo tiene que hacer. Porque por mucho que me digan para dónde tengo que tirar, si no soy yo... 9.

En el centro de salud el médico de cabecera me conoce bastante bien y sabe la situación que he pasado y te ayudan igual un poco más. Ya te ven que estás en una situación un poco complicada por lo que sea y la verdad que no tengo ninguna queja. Me han tratado bastante bien. 8.

En el centro de salud mental si, siempre he visto una predisposición muy buena, siempre, o sea, muy buena, el psiquiatra sin tener hora ni nada... 11.

Yo en los centros que he estado, en casi todos, lo más destacable es el valor humano de mucha gente...profesionales que se llevan los problemas a su casa

también, joe este chaval se ha quedado así, podía haberle hablado de otra manera, este se ha drogado, qué habrá pasado, no habré hablado bien. Es un trabajo mucho más allá de lo económico. 11.

No obstante, algunas personas entrevistadas destacan lo difícil que resulta sentir que el profesional realmente “se pone en su lugar”, entiende sus vivencias, sus condicionantes,... Posteriormente, en el apartado 5.2. trabajaremos cómo esta cuestión forma parte de las competencias interculturales que un o una profesional debe manejar.

Es que estos temas como entra tanto en juego el tema humano pues eee, a veces el profesional por mucho profesional que sea no llega nunca hasta ahí ¿por qué?, porque como nunca sabe lo que es, realmente, aunque lo haya estudiado nunca sabe lo que son los efectos ni lo que es el rechazo social ni lo que es el rechazo, si, se lo puede imaginar, no, porque está atendiendo todos los días pero de ahí a vivirlo realmente es una diferencia bastante grande y vivir los efectos de las drogas por ejemplo y estar en cárceles y, pues, de leerlo en un papel a vivirlo también es muy diferente. 11.

Las críticas respecto a las listas de espera para ingresar en comunidad terapéutica, las citas demasiado espaciadas en los centros de salud mental y, en general, la insuficiencia de recursos, también forman parte del discurso de las personas usuarias de la red de tratamiento a drogodependientes en Navarra.

...porque pides para el psiquiatra y te dan para dentro de tres o cuatro meses...Imagínate en tres o cuatro meses...O sea, yo tengo ahí un problema, que estoy pasándolo mal, que no duermo, yo qué sé, pesadillas, que para aquí, que para allá, y me tienen que dar una medicación. ¿Y me tengo que esperar tres meses...? 12.

Las citas con el psiquiatra, como la segunda ya no fui, te quiero decir, pero también si la cita hubiera sido con menos tiempo igual es más fácil acudir. 10.

Estuve desde enero hasta el 3 de junio intentando ingresar en desintoxicación, en el Hospital. No había camas, y luego yo no estaba en disposición algunas semanas y luego regresaba, y en ese periodo perdía la antigüedad para ingresar...decidí entrar en un centro privado. 15.

A mi me podría ir bien simplemente un tratamiento ambulatorio a lo mejor, pero claro como no me ofrecen nada, me tengo que venir a un centro (comunidad terapéutica). 11.

Como una manera de afrontar esa situación de listas de espera, en una de las entrevistas surgió la demanda de algún recurso social de apoyo, tal y como también había aparecido en las entrevistas a profesionales.

...lo que arreglaría mucho por ejemplo cuando tu vas y dices me quiero rehabilitar, vale, no hay plaza pero vamos a hacer algo contigo,...no sé si tenía que haber un centro como el de transeúntes de paso, mientras que estás esperando la plaza...y

habría algunos profesionales que podrían estar contigo...alguna cosa como de refuerzo. 11.

Asimismo, en las entrevistas se ha podido recoger otra realidad también señalada por los y las profesionales. Se trata de las personas en una situación más cronificada y que tienen una relación de tipo “puerta giratoria” con los recursos. Esta figura metafórica, muy utilizada en el ámbito de la salud mental, recoge la realidad de algunas personas que no consiguen avanzar en sus itinerarios y que permanecen vinculadas durante largos periodos de tiempo al mismo o a los mismos recursos (“saliendo y entrando”), como si ante una “puerta giratoria” se encontrasen.

Si, si, si, yo hago todo en un pis pas ya, en cuanto veo eso voy, oye X que estoy aquí, y me dice, vente, tráeme el papel de la subvención, tráeme esto, pin pan pun, ya me sé todos los pasos, le llevo todos los papeles y a esperar, y ven este día y hago todo lo posible para ir, y ven este otro día y ya. 11.

Ahora llevo aquí dos meses, no llega a dos meses, pero ya, esta es la 4º vez que estoy, bueno, en realidad, bueno, si la 4º, sí. 11.

Si, porque tengo ya 41 años y ya, pues ya...No sé, me sé el recorrido que hay para llegar a un centro, todos los pasos que hay que dar, y lo he hecho yo mismo. 12.

En relación con otros aspectos que no surgieron en las entrevistas a profesionales, una de las principales debilidades detectadas por las personas usuarias es la fase de incorporación social. Para afrontar esta debilidad sería necesaria una mayor participación de los servicios sociales y un reforzamiento de la coordinación entre éstos y los recursos de tratamiento, tal y como se demandaba en el discurso de los y las profesionales.

...ese año que has estado allí metido en un sitio dentro de una burbuja, protegido y haciendo un tipo de programa y tal, te distorsiona un poco la realidad de lo que es otra vez volver a estar en la calle y entonces te resulta un poco extraño volver a la realidad. 7.

Un punto de encuentro donde pudiera hacer la gente nuevas amistades. Aquí está la juventud muy separada, cada uno con su punto de cuadrilla y claro, los que hemos perdido nuestra cuadrilla, nuestra antigua cuadrilla, pues ahora nos quedamos sin...tenemos que hacer mucho esfuerzo por encontrar nueva gente, nueva...un punto...alguien que esté ahí contigo para hacer nuevas amistades, algo o alguien. 9.

Por otro lado, y especialmente en las entrevistas a personas usuarias con necesidades especiales (una persona inmigrante y otra que ha ejercido la prostitución) aparece con claridad la necesidad de diversificar, multiplicar y aproximar los puntos de

contacto asistencial. Recursos no específicos, como centros de salud o centros de servicios sociales, fueron quienes permitieron a estas personas entrar en contacto con la red de tratamiento.

...yo no sabía nada, no sabía de los centros...claro porque yo sabía lo de mi país pero aquí centros, digo ¿cómo es eso?, entonces fui a preguntar al médico de cabecera. 14.

La asistente social es de X¹⁰⁸...Entonces, ella fue la que nos mandó a mediación familiar...Y esta es la que nos comentó que había un sitio que se llamaba X¹⁰⁹, que era muy bueno, y que...que si me veía tan mal, que si quería ir, que ella podía meterme...Porque a veces nadie te informa de esos sitios...Es que, en un club nadie te va a dar la información. Y en la calle tampoco. Entonces, yo no sé, no sabía que existían estas cosas. 16.

De nuevo, el discurso de las personas usuarias remite a los ejes propositivos que serán planteados en la segunda parte de esta tesis: la formación (especialmente actitudinal) de los y las profesionales a través del enfoque de competencia intercultural; la mejora de los sistemas de gobernanza (especialmente en relación con la gestión de redes); y el desarrollo de estrategias de atención sociosanitaria de proximidad.

3.8.4. Un subsistema con debilidades en la coordinación, el liderazgo y la integralidad de la atención: a modo de síntesis y conclusión.

El I PFD es un plan “de primera generación”, es decir, elaborado antes de la primera Estrategia Nacional sobre Drogas (año 2000), por lo que cuenta con algunas diferencias de enfoque respecto al resto de planes autonómicos de “segunda generación”. No obstante, la principal peculiaridad del I PFD (que se mantiene en la actualidad) es su apuesta por integrar la asistencia en la red general de salud mental, aunque se detecta una opinión crítica al respecto entre los y las profesionales de los centros de salud mental.

Los mecanismos de coordinación previstos en el documento del Plan no han sido cumplidos, salvo la figura de Director Técnico. Sin embargo, esta figura ha sido eliminada recientemente por el Gobierno de Navarra. Especialmente se detecta un

¹⁰⁸ Un pueblo de Navarra.

¹⁰⁹ Un centro privado concertado.

importante “vacío” en la coordinación de los recursos asistenciales, que dependen de la Subdirección de Salud Mental¹¹⁰. Por el contrario, se han generado otros espacios de coordinación con marcado carácter sociosanitario (cofinanciación de planes municipales de drogodependencias y subvención a entidades sociales), aunque su incidencia en la asistencia a drogodependientes ha tendido a descender a favor de la prevención.

El circuito terapéutico propuesto por el I PFD se estructura en torno a tres niveles, constituidos por recursos de las redes generales (centros de salud, servicios sociales, centros de salud mental, unidades de hospitalización psiquiátrica), y un cuarto tipo de recursos específicos (centros de día, comunidades terapéuticas). Sin embargo, en el discurso recogido en las entrevistas se plantean debilidades en el funcionamiento de este circuito. Es necesario avanzar en la coordinación y el trabajo en red, mejorando protocolos y metodologías que posibiliten gestionar cada caso a través del diseño de itinerarios terapéuticos que permitan una atención integral y continuada.

Se observa un estancamiento en el crecimiento de la red de tratamiento durante los años de desarrollo del I PFD. Básicamente se mantiene la misma estructura de servicios, aunque también es necesario resaltar la ampliación en algunas áreas, fundamentalmente el área jurídico-penitenciaria y los programas de reducción de daños. Asimismo, según el discurso de los y las profesionales, se ha avanzado hacia la modificación del enfoque preponderante en la década de los 80: “heroinocéntrico” y monolíticamente orientado hacia la abstinencia.

La atención a las drogodependencias está recogida en la cartera de servicios de la Atención Primaria de Salud. Sin embargo, en el discurso de los y las profesionales se valora como insuficiente la participación de estos recursos en la atención a la población drogodependiente. Asimismo, en la revisión del sistema de información OMI se observa una importante desproporción entre casos de consumo excesivo de alcohol detectados y aquellos con los que se interviene específicamente.

¹¹⁰ Este vacío se mantiene y acrecienta en el II PFD.

La atención a las drogodependencias apenas está presente en la cartera de servicios sociales. Asimismo, un bajo porcentaje de los planes municipales cofinanciados por el PFD recogen en sus memorias alguna actuación relacionada con el apoyo al tratamiento y la incorporación social. Por otro lado, en las entrevistas fueron mencionadas otras debilidades que dificultan la participación de los servicios sociales en la atención a la población drogodependiente: los excesivos requisitos que plantean para la incorporación de la población drogodependiente a sus programas y la escasa formalización en la coordinación entre los servicios sociales y los recursos de tratamiento. Estas debilidades son especialmente importantes, ya que las propias personas usuarias señalan que la incorporación social (una de las fases en las que más pueden intervenir los servicios sociales) debería ser reforzada.

En cuanto a los centros de salud mental (CSM), no se han creado los “subequipos especialmente dedicados al Programa de Drogodependencias”, una de las propuestas contenidas en el documento del I PFD. Por otro lado, la atención ambulatoria en CSM se ha caracterizado por su baja intensidad y escasa interdisciplinariedad: una media de 6 citas anuales y una atención realizada básicamente por personal de enfermería y psiquiatría. Esta es la modalidad de tratamiento que recibe un mayor porcentaje de personas drogodependientes en Navarra.

Se ha incrementado el número de personas atendidas en la modalidad de tratamiento diurno específico (Hospital de Día *Zuria* y Centro de Día *Aldatu*), superando a partir del año 1999 las atenciones realizadas desde las comunidades terapéuticas. Sin embargo, la participación de los hospitales de día psiquiátricos ha sido muy reducida, mientras que los hospitales generales únicamente han participado a través de las unidades de hospitalización psiquiátrica.

El número de personas atendidas en comunidad terapéutica se estabilizó desde el año 1996. El incremento de personas con trastorno mental grave atendidas es una de las principales transformaciones producidas en los últimos años. Según el discurso de las personas entrevistadas, el traspaso a la red sanitaria de las comunidades terapéuticas no ha terminado de ser completo.

No se han creado los pisos de acogida previstos en el documento del I PFD. Sin embargo, en las entrevistas realizadas aparece con claridad la reivindicación de este tipo de recursos sociales de apoyo al tratamiento. Para ello, sería necesario que los Departamentos de Salud y Política Social avanzaran en el desarrollo de políticas de atención sociosanitaria.

Se han desarrollado de manera importante los programas de distribución de jeringuillas y de mantenimiento con metadona, que en el documento del I PFD no tenían mucha relevancia. El programa de distribución de jeringuillas, iniciado desde el Comité AntiSIDA, se extendió posteriormente a farmacias y al centro penitenciario. El programa de mantenimiento con metadona (PMM), después de algunas reticencias iniciales, fue implantado en toda la red de CSM y posteriormente se extendió al centro penitenciario, comunidades terapéuticas, Hospital de Día *Zuria*, farmacias y algunos centros de salud.

A través de equipos externos, y del personal penitenciario, se ha facilitado que en el Centro Penitenciario de Pamplona exista una oferta de alternativas de tratamiento similar a la que se puede encontrar en el exterior. Se han puesto en marcha todas las medidas que el Código Penal y el Reglamento Penitenciario prevé para el tratamiento en el exterior del centro penitenciario, con especial atención a la suspensión de condena. Sin embargo, por la gran importancia de este sistema en las políticas sobre drogodependencias, sería necesario revisar normativas y procedimientos, así como reforzar la coordinación con los recursos de tratamiento.

Finalmente, otra de las debilidades detectadas a través de las entrevistas está relacionada con la baja motivación (especialmente de los y las profesionales de centros de salud mental) hacia el programa de drogodependencias y con el tipo de actitud negativa hacia este tipo de pacientes. Esta circunstancia, relacionada con factores como la saturación de la red, la falta de formación específica o cuestiones vinculadas con el sistema de creencias, se convierte en un escollo que dificulta el desarrollo de este programa.

Las debilidades detectadas en este análisis están muy vinculadas con los ejes propositivos que serán planteados en la segunda parte de esta tesis:

- El desarrollo de estrategias de atención sociosanitaria, tanto de nivel estratégico como de nivel organizativo y de intervención.
- La construcción de sistemas de gobernanza basados en la participación, el liderazgo y la gestión de redes.
- El refuerzo de la competencia intercultural institucional y profesional, como forma de abordar un fenómeno en el que están muy presentes aspectos relacionados con las creencias y las actitudes.

3.9. LA EVOLUCIÓN EN LOS SISTEMAS O MODELOS DE CREENCIAS RESPECTO A LAS DROGODEPENDENCIAS.

En este apartado voy a focalizar el análisis en la evolución de las ideas o creencias, respecto al uso de drogas y las drogodependencias, de los agentes integrantes del subsistema. Recordemos que, de acuerdo con el modelo de Sabatier (citado por Martín, 2011), se trata de una de las variables que explican la evolución y los cambios en los subsistemas de las políticas públicas.

Los sistemas de creencias respecto a las drogodependencias constituyen diferentes modelos que representan maneras diversas de concebir el fenómeno del consumo de drogas, pero también diferentes maneras de abordarlo. Como señala Domingo Comas, la relevancia de los modelos radica en que determinan cual es el verdadero contenido de las políticas. Según este autor “...*determinan quiénes son los profesionales idóneos para actuar y por tanto los que deben tomar las decisiones, cual es la administración pública que debe gestionar los planes y programas, cual es el perfil de las nuevas contrataciones y con qué lenguaje se va a devolver a la sociedad la información sobre lo que está ocurriendo y la respuesta que se está proporcionando*” (Comas, 2010).

Estos modelos han ido surgiendo de manera evolutiva a lo largo de la historia de las políticas sobre drogas, aunque en el momento actual podemos encontrar expresiones de prácticamente todos ellos. En la literatura del sector se han presentado diversas tipologías que pretendían clasificarlos. La clasificación clásica es la aportada por Nowlis (1975), distinguiendo cuatro tipos de modelos: ético-jurídico, médico o sanitario, psicosocial y sociocultural. Posteriormente, la OMS (Pascual, 2002) planteó otra tipología organizada en torno a cinco modelos: moralista, espiritual-iluminativo-existencial-religioso, biologicista, socio-cultural y biopsicosocial. Más recientemente, Raúl Soriano (2010) propone una clasificación, con un componente más político, en cuatro modelos: prohibicionismo ideológico, prohibicionismo político, disminución del riesgo y reducción del daño, negación de riesgos y daños.

En esta tesis he optado por construir una clasificación que, bebiendo de las tipologías clásicas, estructura los diferentes modelos en torno a cuatro vértices:

1. El posicionamiento de cada modelo en torno a la etiología del consumo de drogas.
2. El posicionamiento de cada modelo en torno al papel del Estado.
3. El posicionamiento ético de cada modelo ante las drogas.
4. El posicionamiento de cada modelo en torno a la consideración de la persona adicta.

Finalmente, y como conclusión de este apartado, subrayaré la apuesta por el modelo biopsicosocial realizada desde esta tesis, aunque potenciando el reforzamiento de sus dimensiones cultural y ética.

3.9.1. Posicionamiento ante la etiología.

Algunos modelos no consideran relevante la influencia de los determinantes sociales de la salud en la relación entre un individuo y las drogas. Entienden que el consumo de drogas es una decisión que toma el individuo, al margen de factores de riesgo o protección externos. En el caso del modelo ético-jurídico, o del modelo del prohibicionismo ideológico, esa decisión que adopta el individuo de consumir drogas es considerada moralmente rechazable. En el caso del modelo de la negación de riesgos y daños, por el contrario, es considerada una decisión personal respecto a la que no se debe interferir de ninguna manera.

Por su parte, el modelo biomédico considera que la adicción es una enfermedad, cuyo origen debe ser buscado en las interacciones que se producen entre la bioquímica humana y las características farmacológicas de las drogas. Por ello, tampoco tiene en cuenta la influencia de los determinantes sociales de la salud.

Muy vinculada al modelo biomédico se sitúa la denominada “hipótesis de la automedicación” (Casas, 1992). En este caso se considera que, previa a la adicción, existe una alteración neuronal y/o una psicopatología que actúa como factor de

predisposición. El consumo de drogas supone en este caso una acción instrumental que el individuo pone en marcha (de una manera más o menos consciente) para aliviar la sintomatología de la enfermedad. A su vez, el inicio en el consumo conduce rápidamente a estas personas hacia la adicción, por su vulnerabilidad previa. Esta hipótesis ha resurgido en los últimos años ante la mayor visibilidad de las denominadas patologías duales¹¹¹ y por la cada vez mayor presencia de la neurociencia en los debates en torno a la salud mental y las adicciones.

Por el contrario, el modelo sociocultural focaliza su análisis en la influencia del contexto. Por ejemplo, algunos autores como Faupel (citado por Pons, 2008) se refieren al significado social transgresor que el consumo de drogas puede tener en algunos subgrupos sociales, que adoptan estos comportamientos como símbolo visible de identidad e identificación. Asimismo, otros autores como Ventosa (citado por Pons, 2008) hacen alusión al consumo de drogas como vía para la liberación de las tensiones provocadas por el contexto social (problemáticas relacionadas con el empleo, la vivienda, la discriminación, la educación, etc.).

El modelo multidimensional, socio-ecológico o biopsicosocial, es el que ofrece una visión más global e integradora de un fenómeno tan complejo como el del consumo de drogas. Desde este modelo se considera que en el uso de drogas se produce permanentemente una interacción entre tres subsistemas:

1. La sustancia y todo lo relacionado con ella: tipo, cantidad, frecuencia, vía de consumo,...
2. El individuo y todo lo relacionado con sus características: edad, nivel de integración social, motivaciones para el consumo, estado previo de salud,...
3. El contexto, tanto el más cercano al individuo (familia, amistades, barrio,...), como el contexto macrosocial en el que se produce el consumo (legislación, políticas públicas, contexto socioeconómico, valores sociales, percepciones sociales sobre las drogas,...) (Carrón, 1995).

¹¹¹ Es el concepto utilizado para referirse a las situaciones de comorbilidad en las que coexisten simultáneamente una dependencia a drogas y una patología mental.

Un elemento añadido para comprender este modelo es el factor temporal. Las características de cada uno de los subsistemas, y las interacciones entre ellos, van a verse mediatizadas por este factor. El análisis sobre el fenómeno del uso de drogas que podamos hacer en el momento actual, no tiene nada que ver con el que deberemos hacer en el año 2020, ni con el que pudimos hacer en los años 90 del pasado siglo (Arza, 2002).

Por todo ello, el modelo biopsicosocial no considera la existencia de factores causales únicos ni deterministas. La comprensión de una situación de consumo o adicción únicamente puede lograrse si tenemos en cuenta la interacción entre todas las dimensiones mencionadas.

3.9.2. Posicionamiento en torno al papel del Estado.

Para los modelos que no consideran relevante la influencia de los determinantes sociales de la salud en la relación entre un individuo y las drogas, la responsabilidad del Estado está limitada a los aspectos relacionados con la regulación de la producción, venta y consumo de drogas. En el caso del modelo ético-jurídico, o del modelo del prohibicionismo ideológico, se centraría en la puesta en marcha de medidas legislativas y policiales que dificulten la producción, tráfico y consumo de las drogas que sean consideradas ilegales. En el caso del modelo de la negación de riesgos y daños, por el contrario, debería limitarse a dejar de interferir con leyes prohibicionistas en un asunto (el consumo de drogas) que es considerado privado.

El modelo biomédico fue el primero que comenzó a valorar los trastornos relacionados con el consumo de drogas como un problema de salud. Por ello, asumía que el Estado no podía limitarse a funciones legislativas o represivas, sino que tenía la responsabilidad de atender estas problemáticas en los servicios sanitarios o crear servicios terapéuticos específicos.

El modelo socio-cultural, al contrario que el ético-jurídico o el prohibicionista, focaliza en el contexto como determinante para la aparición de los consumos problemáticos de drogas, contemplando al consumidor como un sujeto pasivo ante

factores externos. Según este modelo, las problemáticas relacionadas con el empleo, la vivienda, la discriminación, la educación, los valores sociales, etc, son los factores hacia los que se debe dirigir la acción (en este caso fundamental) del Estado. En cuanto a la asistencia, las respuestas impulsadas desde este modelo han tendido a apartar al individuo de su ambiente, por lo que principalmente han consistido en programas residenciales en comunidades terapéuticas situadas en espacios alejados sobre todo del medio urbano. Este modelo ha sido muy criticado por su tendencia a la inconcreción (“el problema es la sociedad”) y al maximalismo (“hay que cambiarlo todo”), que son un contexto muy adecuado para las posiciones demagógicas o justificadoras de la inacción del Estado.

Es el modelo multidimensional, socio-ecológico o biopsicosocial, el que más claramente apuesta por una responsabilización integral del Estado. Este modelo tiene en cuenta las múltiples dimensiones relacionadas con el fenómeno (macrosociales, microsociales e individuales; vinculadas a lo biológico, lo psicológico y lo social). En este sentido, la respuesta del Estado debe ser global (no limitada únicamente al sistema de salud, como en el modelo sanitario), por lo que es preciso el desarrollo de estrategias de atención sociosanitaria y de sistemas de gobernanza que faciliten la coordinación entre diversos sistemas responsables. La elaboración de planes y estrategias integrales, como el Plan Nacional sobre Drogas, las Estrategias Nacionales sobre Drogas, la Estrategia Europea sobre Drogas o el Plan Foral de Drogodependencias, responden en este sentido al modelo multidimensional, socio-ecológico o biopsicosocial.

3.9.3. Posicionamiento ético ante las drogas.

Desde determinados modelos se consideran inaceptables las drogas y su consumo. Por ello, su afán consiste en lograr un mundo sin drogas, un ser humano abstinentes. Además, consideran que ese objetivo es posible. Sin embargo, en la mayor parte de los casos, las drogas que son consideradas inaceptables, las drogas que se pretende eliminar, son las no institucionalizadas, las consideradas ajenas al marco cultural, a la tradición de determinada sociedad. Esta posición anti-drogas o pro-abstinencia está muy presente en modelos clásicos, como el ético-jurídico, que

promueve la legislación y la represión como vías privilegiadas para actuar contra las drogas (o mejor dicho, contra determinadas drogas). Otras clasificaciones, como la propuesta recientemente por Soriano (2010) distinguen entre el prohibicionismo ideológico y el prohibicionismo político. El primero adopta una posición de confrontación moral frente a las drogas y su consumo, mientras que el segundo es más pragmático y menos represivo, propugnando actuaciones múltiples (informativas, educativas, terapéuticas, represivas,...), pero siempre con la abstinencia como objetivo final. Este tipo de posicionamiento, absolutamente omnipresente hasta bien entrada la década de los noventa, ha tenido diferentes manifestaciones:

- La legislación, marcadamente represiva frente al tráfico y consumo de drogas ilegales y extremadamente permisiva (hasta muy recientemente) con las drogas legales.
- La distribución de los recursos en materia de drogodependencias, que aún hoy en día son destinados en su mayoría a iniciativas de orden público y seguridad¹¹².
- El modelo terapéutico preponderante en la década de los 80 y gran parte de los 90, orientado únicamente hacia la abstinencia.
- Las reivindicaciones de determinados movimientos sociales que, especialmente en la década de los 80, exigían el incremento en las medidas policiales dirigidas hacia la erradicación del tráfico de drogas ilegales.
- Las políticas internacionales que, prácticamente hasta hoy en día, siguen estando presididas por el lema de la “Guerra contra las drogas”.

El posicionamiento anti-drogas o pro-abstinencia tuvo un punto de inflexión a partir de la aparición del VIH/SIDA, que especialmente en España afectó de manera dramática al colectivo de usuarios de drogas por vía parenteral. En ese momento, mantener con vida a las personas consumidoras pasó a convertirse en la prioridad, por encima del logro de la abstinencia (Carrón, 1996). De esta forma pudo comenzar a generalizarse el uso de herramientas como la metadona o la introducción de enfoques y metodologías propias del modelo de la reducción de daños y riesgos. No obstante, en

¹¹² Según el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (2009), el gasto en fuerzas policiales, órganos judiciales y centros penitenciarios, puede triplicar el destinado a resolver los problemas sociosanitarios asociados al consumo de drogas.

muchos casos la adopción de esas metodologías fue realizada sin una reflexión ética previa, por lo que ha podido convivir en el marco de posicionamientos éticos más próximos a modelos de prohibicionismo político que a modelos de disminución de riesgos y reducción del daño. Sin embargo, es indudable que a mediados de los años 90 comenzaron a extenderse y hacerse mucho más visibles los planteamientos éticos (y no sólo metodológicos) del modelo de la disminución del riesgo y la reducción del daño. Desde este modelo se afirma que el consumo de drogas ha formado y formará parte de la vida del ser humano. Reconociendo que el consumo puede ocasionar problemas, se plantea que el objetivo debe consistir en minimizar esos usos problemáticos, pero sin pretender dirigirse contra el consumo en sí mismo. Asimismo, mantiene una postura pragmática desde la que se afirma la existencia de personas que no pueden o no desean abandonar el consumo. En esos casos también se puede intervenir a partir de una oferta de objetivos graduales, desde los más accesibles a los más ambiciosos, que permiten reducir los daños y los riesgos a los que se enfrentan esas personas.

En cuanto al enfoque biopsicosocial, la dimensión ética debería haber formado parte de su modelo holístico de comprensión. Sin embargo, lo cierto es que no ha sido un área sobre la que se haya focalizado la atención. De hecho, profesionales e instituciones que se posicionaban en este enfoque han estado durante años defendiendo posturas de “lucha contra las drogas” y “proabstencionistas”, sin tener en cuenta las implicaciones éticas de esas posturas.

3.9.4. Consideración de la persona adicta.

Algunos modelos consideran que la persona adicta es culpable de su situación. Por ejemplo, el modelo moralista afirma que estas personas sufren las consecuencias de la adicción porque han optado por comportamientos desviados, alejados de las decisiones correctas. La alternativa propuesta desde este modelo es coincidente con la del ético-jurídico:

- Poner en marcha medidas jurídicas y represivas que impidan a estas personas (“de carácter vicioso”) tomar decisiones desviadas.

- En el caso de que ya lo hayan hecho, poner en marcha medidas jurídicas y represivas que les castiguen por hacerlo.

El modelo espiritual o religioso también considera que la persona adicta es culpable de su situación. La diferencia consiste en que no se le considera responsable de su solución. Desde este modelo, la persona adicta precisa de un “poder superior” que le ayude a mantenerse abstinente.

Por el contrario, el modelo biomédico considera que la adicción es originada por procesos fisiológicos o metabólicos, por lo que la persona adicta no es culpable de su situación, sino que es una persona enferma. La consideración de la adicción como una enfermedad supone, desde luego, un avance respecto a modelos que aludían a la inmoralidad o el vicio. Sin embargo, este modelo opta por una visión pasiva de la persona adicta, puesto que considera que la solución procede únicamente de la medicina y su tecnología.

El modelo sociocultural tampoco considera a la persona adicta responsable de su situación, sino que más bien es una víctima de su contexto social y cultural. Al igual que en el modelo biomédico, el sociocultural puede llegar a proyectar una imagen pasiva de la persona adicta, al considerar que la única alternativa procede de las transformaciones en el contexto.

El modelo biopsicosocial ha tratado de evitar que el debate se centrara en la búsqueda de un culpable de la situación o de un único responsable de “la solución”. Su visión multidimensional ha facilitado la consideración de la persona adicta, no como culpable o víctima, sino como un individuo que ha tomado sus decisiones en un contexto y un momento en el que interaccionan múltiples determinantes sociales, farmacológicos, pero también individuales. Asimismo, insiste en la idea de la responsabilidad del individuo para la determinación y la puesta en marcha de las estrategias que le permitan mejorar su situación.

El modelo de disminución del riesgo y del daño es quizás el que más se ha opuesto a las visiones culpabilizadoras y estigmatizadoras. Parte del reconocimiento al derecho que el individuo tiene a consumir drogas. Ante todo considera a la persona

adicta un ciudadano o una ciudadana que tiene derecho a mejorar su situación global, y específicamente su salud, independientemente de las decisiones que tome respecto al consumo de drogas.

3.9.5. La necesidad de un reforzamiento en las dimensiones cultural y ética del modelo biopsicosocial.

Las etapas previas, así como las correspondientes a los inicios en el desarrollo de las políticas públicas sobre drogas, fueron momentos en los que el conocimiento y la experiencia en torno al fenómeno del uso de drogas eran muy escasos. En correspondencia con esos conocimientos limitados, los modelos de creencias más extendidos eran aquellos contruidos a partir de una visión simplista y unidimensional de la realidad. Quizás el paradigma de la simplificación estaría representado por aquellos modelos que limitaban la comprensión del fenómeno a la conducta de un individuo que decide tomar o no tomar drogas aislado de cualquier factor individual, social o farmacológico. Podríamos incluir en esta categoría al modelo ético-jurídico, al del prohibicionismo ideológico, así como al de la negación de riesgos y daños. Estos modelos no generaron políticas de tipo sociosanitario, pero sí vinculadas a la reglamentación de la producción, venta y consumo de drogas, así como al control y castigo de las personas que infringieran esas reglamentaciones.

Un segundo nivel de complejidad, vinculado también con las primeras etapas en el desarrollo de las políticas sobre drogas, está representado por los modelos de creencias que ya comienzan a observar algún factor o determinante que influye en la decisión del individuo, pero sin contar todavía con una visión multidimensional. Me refiero al modelo biomédico y al modelo sociocultural. Podemos encontrar a estos modelos en la fundamentación de algunas de las respuestas que más se extendieron a finales de los años 70-principios de la década de los 80: programas limitados a la desintoxicación física o únicamente basados en la dispensación de fármacos sustitutivos, en el caso del modelo biomédico; centros de internamiento como alternativa de vida alejada del resto de la sociedad, en el caso del modelo sociocultural.

La aprobación del Plan Nacional sobre Drogas, en el año 1985, supuso la formalización del modelo biopsicosocial como el sistema de creencias oficial en las políticas sobre drogas¹¹³. Sin embargo, este modelo iba acompañado de un claro posicionamiento ético anti-drogas o pro-abstinencia. Un posicionamiento que influyó en el bloqueo durante muchos años de determinadas estrategias o programas de tratamiento: fundamentalmente los programas de tratamiento con sustitutivo opiáceos y otras estrategias de reducción de daños. La posterior extensión del enfoque de reducción de daños (a mediados de la década de los 90) estuvo condicionada por la irrupción del VIH-SIDA y por su impacto en la comunidad de usuarios de drogas por vía parenteral. En muchos casos, las instituciones y profesionales que aplicaron (y aplican) estos programas se limitaron a poner en marcha “la técnica” de la reducción de daños, pero no llegaron a interiorizar el posicionamiento ético respecto al consumo de drogas y la consideración de la persona consumidora, propuesto desde el modelo de la reducción de daños.

La presentación de los modelos de manera evolutiva puede llevar a la confusión. En la actualidad ni mucho menos están superados los modelos simplistas que he identificado con las primeras etapas en la construcción de las políticas sobre drogas. Desde luego, los modelos ético-jurídico y del prohibicionismo siguen presentes en la legislación y en las actuaciones del Estado¹¹⁴, y tanto éste como otros modelos unidimensionales forman parte del discurso de muchos sectores de la sociedad. No obstante, y centrandolo en el análisis en los sistemas de tratamiento de las drogodependencias, la realidad es que el enfoque biomédico sigue estando muy presente como modelo de creencias que fundamenta determinadas prácticas¹¹⁵ (especialmente los programas de tratamiento fundamentalmente basados en la prescripción de fármacos). Asimismo, posicionamientos éticos anti-droga o pro-abstinencia, y creencias morales que caracterizan a las personas drogodependientes como culpables o viciosas o pacientes pasivos o víctimas pasivas, están presentes tanto en instituciones como en

¹¹³ Obsérvese la rapidez con la que se pasó de modelos simplistas a un modelo multidimensional como el biopsicosocial. Quizás esa rapidez influyó en que el modelo fuese asumido, en algunos casos, de manera más formal que real.

¹¹⁴ El altísimo porcentaje de personas que se encuentran en prisión por delitos relacionados con la venta o tráfico de drogas ilegales, así como el alto porcentaje de drogodependientes entre la población penitenciaria, son indicadores claros al respecto. Ver apartado 3.2.4.

¹¹⁵ Incluso algunas que se autodefinen como biopsicosociales.

profesionales que trabajan de manera específica o transversal en el ámbito de las drogodependencias¹¹⁶.

Desde esta tesis se apuesta por el modelo biopsicosocial como sistema de creencias que favorece una comprensión multidimensional respecto a la etiología de las drogodependencias. También el modelo biopsicosocial es el que mejor fundamenta la atención sociosanitaria y la gobernanza participativa defendida en esta tesis. En cuanto al posicionamiento ético respecto a las drogas, mi apuesta es por integrar en el modelo biopsicosocial los planteamientos éticos defendidos desde el modelo de reducción de daños. Finalmente, y en relación con la consideración de la persona consumidora, comparto los planteamientos de los modelos biopsicosocial y de reducción de daños respecto a la consideración del sujeto como una persona con derechos, que toma sus decisiones en un contexto de determinantes múltiples y que debe ser también activo en la puesta en marcha de las estrategias que le permitan mejorar su situación. Este posicionamiento respecto al individuo es coherente con las estrategias de atención sociosanitaria que propondré en el apartado 4.6.3.

Finalmente, recordar cómo el avance en la comprensión del fenómeno del uso de drogas se ha visto acompañado por la construcción de sistemas de creencias más complejos, que representen la multidimensionalidad del fenómeno. El momento actual exige seguir avanzando en la complejidad de este modelo de comprensión. En esa línea, desde esta tesis se defiende una mayor visibilidad de la dimensión cultural, contemplada formalmente en el modelo biopsicosocial, pero relativamente olvidada dentro del amplio cajón de “lo social”. Una dimensión cultural que precisamente está vinculada fundamentalmente con el conjunto de ideas, creencias o significados que, tanto las personas drogodependientes como los y las profesionales o la sociedad, construyen en torno al consumo de drogas y la drogodependencia.

¹¹⁶ También en estos casos puede ser que se autoposicionen en el modelo biopsicosocial, o incluso en el de reducción de daños.

4. LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.



4.1. COMPARTIMENTACIÓN INSTITUCIONAL Y FRAGMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN.

Históricamente, los diferentes sistemas vinculados con el bienestar social (sistema sanitario, sistema educativo, sistema social, etc.) se han estructurado a partir de una determinada construcción segmentada de las necesidades del ser humano, como si se pudieran definir fronteras en las mismas. Además, en torno a ellas se han generado estructuras institucionales y profesionales que han contribuido a impermeabilizar aún más las delimitaciones entre los distintos sistemas. Esta configuración compartimentada de las respuestas institucionales ha dificultado tradicionalmente la generación de actuaciones integrales e integradas.

Sin embargo, la compartimentación no se ha producido únicamente entre sistemas sino que, especialmente en las últimas décadas, se ha agudizado en el interior de cada uno de ellos. Las reformas realizadas, tanto en el sistema sanitario como en el social, han estado dirigidas a garantizar más servicios y a ofrecer recursos cada vez más especializados. Como señala Juan Gervás (2008), refiriéndose al ámbito sanitario, *“los pacientes, que un siglo antes recibían todo de un solo médico, fueron dependiendo de más y más profesionales distintos, especialmente si padecían varias enfermedades”*. Lo mismo podríamos decir del sistema de servicios sociales, que en su desarrollo ha asumido la misma estructuración sanitaria por la que se diferencia la atención primaria y la atención especializada. Sin embargo, todo este desarrollo de las estructuras de atención no se ha visto acompañado de una decidida apuesta por la coordinación, ni dentro de cada sistema, ni mucho menos entre los mismos. Por ello, es indudable que existen más recursos, pero no en todos los casos las personas se sienten mejor atendidas y tratadas, ni en todos los casos los y las profesionales se sienten con mayor capacidad de intervención. Así, paradójicamente, cuanto más se complejizan los sistemas de bienestar social en una sociedad, más dificultades surgen para abordar fenómenos complejos que exigen la intervención coordinada de varios sistemas y niveles asistenciales. Al mismo tiempo, la complejidad de una sociedad también supone el incremento en la visibilización de ese tipo de demandas y necesidades mixtas. Podemos poner múltiples ejemplos al respecto, aunque en este caso, y debido al objeto de esta tesis, los restringiré a aquellos en los que están presentes las drogodependencias:

- Personas drogodependientes con una enfermedad crónica, sin apoyo socio-familiar y con necesidades residenciales.
- Mujeres drogodependientes con hijos y/o hijas a su cargo, o embarazadas.
- Personas con trastorno mental grave y drogodependencia.
- Personas con discapacidad (física, intelectual y/o sensorial) y drogodependencia.
- Menores de edad con consumo problemático de drogas y necesidades de educación reglada.
- Personas drogodependientes sin hogar.
- Personas drogodependientes con una enfermedad crónica, sin apoyo socio-familiar y mayores de 65 años.
- Personas drogodependientes y miembros de una minoría étnica.
- Personas drogodependientes e inmigrantes.

El listado de situaciones expuestas no pretende ser exhaustivo, pero sí evidencia una realidad ya planteada en el apartado 3.2.4. para el caso de las políticas de atención a las drogodependencias: el incremento en la heterogeneidad de los perfiles atendidos exige el desarrollo de sistemas de tratamiento integrales e integrados, es decir, en los que simultáneamente se atiendan otras problemáticas o necesidades presentes en la persona usuaria. Y es que, una de las quejas habituales que plantean las personas con necesidades múltiples y complejas (y no sólo en el caso de las drogodependencias) es la fragmentación de las intervenciones (cada institución interviene sobre una necesidad distinta, pero sin tener en cuenta las demás), olvidando que la persona es sólo una. En ese sentido, son muchos los problemas que surgen en la coherencia y la continuidad de las atenciones:

- Interrupciones en el itinerario de atención, que pueden provocar recaídas y retrocesos.
- Escaso aprovechamiento de las sinergias que pueden surgir al incidir conjuntamente sobre varias necesidades y desde varios recursos.
- Duplicidades y otro tipo de incoherencias entre equipos e instituciones que intervienen a lo largo del proceso

- Derivaciones que no son más que “dejar a la deriva” a las personas en el laberinto de servicios, prestaciones y recursos,

Además, la inadecuada e insuficiente atención a este tipo de casos puede tener el efecto perverso de volverse contra los propios sistemas, ya que influye en que algunas de estas personas se conviertan en hiper-frecuentadoras e hiper-demandantes, al no encontrar soluciones integradas y adaptadas en ninguno de los servicios a los que acuden. Por ello, la falta de una adecuada atención a las necesidades múltiples y complejas es ineficiente, ya que inevitablemente genera más gastos tanto en el sistema sanitario como en el social (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, 2005). No obstante, más allá de la ineficiencia, el principal argumento que urge a revertir esta situación reside en evitar o reducir el enorme sufrimiento que la insuficiente e inadecuada atención a las necesidades múltiples y complejas genera en las personas afectadas y su entorno más próximo.

En determinadas ocasiones, las personas con necesidades múltiples y complejas son incluso excluidas de algunos servicios y, por lo tanto, se ven sometidas a situaciones de inequidad. En algunos casos se trata de exclusión directa vinculada a los criterios rígidos de admisión del recurso. Por ejemplo, un servicio de atención a víctimas de la violencia de género que no admite a una mujer porque es drogodependiente, o un servicio de drogodependencias que no admite a una persona porque tiene una enfermedad mental, o una residencia para personas mayores que no admite a una persona porque es drogodependiente. Sin embargo, en otros casos se trata de exclusión indirecta, ya que el servicio no se adapta a una o varias de las necesidades de la persona, con lo que también se está imposibilitando que acceda a él. La falta de adaptación de los programas de drogodependencias a las mujeres, ya referido en el apartado 3.2.4.2., supone un caso claro de exclusión indirecta y de inequidad, pero también podríamos añadir las barreras arquitectónicas o de otro tipo que imposibilitan la participación de personas con determinadas discapacidades en algunos centros de tratamiento, o la falta de competencia intercultural de determinados profesionales e instituciones para trabajar con personas integrantes de minorías culturales¹¹⁷.

¹¹⁷ Abordaremos el concepto de competencia intercultural en el apartado 5.2..

4.2. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL.

Es indudable que la ambigüedad en las fronteras que delimitan las áreas de atención surge en las confluencias entre cualquier ámbito de intervención pública. Por ejemplo, entre el ámbito educativo y las políticas de vivienda, o entre el ámbito educativo y los servicios sociales, o entre las políticas de empleo y los servicios sociales. Asimismo, también existe fragmentación en el interior de cada sistema o ámbito de intervención pública. Por ejemplo, entre la atención primaria de salud y la atención hospitalaria, o entre la atención primaria de servicios sociales y la atención especializada. Sin embargo, los espacios de confluencia entre el sistema sanitario y el social son particularmente confusos, y no siempre resulta sencillo saber cuándo termina “lo sanitario” y comienza “lo social”. Además, la ausencia de una adecuada coordinación entre ambos sistemas puede tener un impacto particularmente negativo sobre la calidad de la atención prestada y ocasionar consecuencias graves en la calidad de vida de las personas atendidas y de su entorno inmediato. Por ello, conceptos como espacio sociosanitario, coordinación sociosanitaria, red sociosanitaria o atención sociosanitaria, están cada vez más presentes en el debate actual. Todos ellos vienen a reflejar la preocupación creciente por el abordaje de las situaciones de necesidad múltiple, en las que no es suficiente la respuesta aportada aisladamente desde el sistema sanitario o desde el sistema social.

De todos los términos que se suelen emplear, en la presente tesis se opta por el concepto de atención sociosanitaria. Tanto la coordinación sociosanitaria, como la red sociosanitaria, son diferentes estrategias para el desarrollo de la atención sociosanitaria, y serán tratadas en el apartado 4.5. En cuanto al concepto de espacio sociosanitario, pienso que puede dar lugar a confusión, ya que se podría entender que se trata de un espacio delimitado, construido o por construir. En ese sentido, si ya está construido, tendrán que trabajar “lo sociosanitario” aquellos y aquellas profesionales responsables de ese espacio, mientras que si no lo está, habrá que esperar a que lo construyan para abordar este tipo de necesidades múltiples. Sin embargo, desde el enfoque defendido en esta tesis, la atención sociosanitaria puede ser un espacio institucional delimitado, pero también es (y, desde mi punto de vista, sobre todo debe ser) una metodología y un modelo de comprensión que cualquier profesional puede aplicar desde cualquier puesto

de trabajo y en cualquier momento. En el caso de las drogodependencias, optar por esa manera de entender la atención sociosanitaria como metodología y modelo de comprensión, resulta especialmente interesante, ya que puede responder a gran parte de las debilidades actuales del subsistema de las políticas de atención a las drogodependencias. En ese sentido, que un o una profesional, que una institución, se posicione en el tipo de atención sociosanitaria que se propone desde esta tesis, implica:

- Asumir el modelo biopsicosocial¹¹⁸ como sistema de creencias.
- Desarrollar estrategias de atención integral y de proximidad (física, pero también emocional, vivencial y cultural)¹¹⁹ a la persona usuaria.
- Implementar estrategias de gestión de redes, liderazgo y participación, que permitan la implicación integrada de múltiples agentes en el desarrollo de los programas de tratamiento¹²⁰.

No obstante, y antes de seguir avanzando en torno a estas cuestiones, profundizaré a continuación en los diferentes significados atribuidos al concepto de atención sociosanitaria en la literatura científica, así como a otro concepto muy vinculado, que es el de continuidad en la atención.

4.2.1. El concepto de atención sociosanitaria.

Disponemos de dos recientes publicaciones en castellano que han realizado una exhaustiva revisión de la literatura internacional sobre atención sociosanitaria:

- ✓ “Atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos”. Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco. Publicado en el año 2008.
- ✓ “Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España”. Editado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el año 2011.

¹¹⁸ Ver apartado 3.9.

¹¹⁹ Desarrollaré estas estrategias tanto en el apartado 4.6.3. sobre estrategias sociosanitarias de intervención, como en el 5.2. sobre la competencia intercultural.

¹²⁰ Abordaremos estas estrategias en el apartado 5.1. sobre gobernanza.

En ambas revisiones se ha detectado una gran diversidad de definiciones recogidas en la literatura científica. Sin embargo, en todas ellas se pueden encontrar algunos principios comunes en la atención sociosanitaria. Especialmente completa resulta la propuesta que el Informe del Ararteko realiza sobre los elementos que deben estar presentes en la construcción del concepto de atención sociosanitaria:

- *“Responde a situaciones de necesidad complejas que requieren de intervenciones de naturaleza mixta, sociales y sanitarias, de forma simultánea, o también secuencial, pero en todo caso complementaria y estrechamente articulada.*
- *Tiene un objetivo principal: garantizar la continuidad de los cuidados, evitando desajustes materiales –solapamientos y vacíos o déficit de cobertura– y desajustes temporales –desfases o tiempos de espera entre los diferentes servicios–.*
- *Recorre, para su prestación, a una serie de estrategias e instrumentos de colaboración que se articulan en torno al principio de interdisciplinariedad.*
- *Tiene su sentido y fundamento en un enfoque de atención integral centrado en la persona y orientado a garantizar el máximo nivel de bienestar, calidad de vida y autonomía, otorgando prioridad y facilitando, siempre que sea posible, su permanencia en su entorno social habitual y la atención en su domicilio”* (Ararteko, 2008).

El “Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España” concluye su revisión de la literatura con una afirmación que complementa los principios recogidos por el informe del Ararteko.

- La atención sociosanitaria *“responde a situaciones complejas y mixtas en las que confluyen necesidades sociales y sanitarias simultáneamente sin necesidad de que la intensidad de ambas se presente en una proporción similar ni al origen ni a lo largo del tiempo. Es decir, la atención que requiere un paciente crónico y dependiente en determinados momentos podrá ser predominantemente sanitaria mientras que, en otros, pueda serlo principalmente social. Lo*

determinante es que ambas están presentes a lo largo del proceso asistencial” (MSSSI, 2011).

En otras publicaciones también podemos encontrar aportes de interés para la construcción del concepto de atención sociosanitaria. Por ejemplo, el Plan Socio-Sanitario de Navarra (Gobierno de Navarra, 2000) insiste en que, la naturaleza mixta de las necesidades a las que se pretende responder, requiere de actuaciones (simultáneas o secuenciales), no sólo entre sistemas, sino también en distintos niveles asistenciales de cada sistema: atención primaria, atención especializada, atención hospitalaria, atención residencial, etc. Asimismo, la consultora Antares publicó en el año 2010 un documento sobre atención sociosanitaria que se ha convertido en una de las referencias del sector. En ese documento se insiste en que el concepto clave de la atención sociosanitaria es la sinergia. Afirman que el objetivo de la actuación integrada entre varios servicios es la obtención de sinergias que mejoren el estado de los clientes (Carrillo, 2010). También resulta de gran interés la definición, en este caso formulada en negativo, realizada por Fantova (2006). Este autor trata de construir el concepto de atención sociosanitaria delimitando lo que no es, lo que se debe evitar:

- *“Que la restrinjan a una determinada población, puesto que, como hemos dicho, concebimos ambas ramas como universales y también como universales las prestaciones y servicios que quedan más cerca de la frontera entre ambas ramas.*
- *Que se escoren hacia una de las dos ramas, pues si ambas tienen, en principio, igual estatus, la frontera entre ambas medirá lo mismo de un lado y de otro y no habrá que considerar que lo fronterizo sea más propio de una que de la otra.*
- *Que identifiquen atención sociosanitaria con cuidados de larga duración, pues en la atención sociosanitaria habrá, por definición, procesos de corta, media y larga duración.*
- *Que identifiquen atención sociosanitaria con atención residencial, pues la prestación de alojamiento estará presente tan sólo en algunos casos y, más aún, se verá como preferible, en general, que las personas destinatarias de la atención sociosanitaria permanezcan en sus entornos hogareños, familiares, convivenciales y comunitarios naturales o habituales”.*

Sin embargo, en muchas de las definiciones planteadas en textos institucionales y académicos nos podemos encontrar con alguno de los elementos que Fernando Fantova propone evitar, o con afirmaciones que contradicen alguno de los principios enunciados anteriormente:

- Muchas de las definiciones limitan la población diana, entendiendo que fundamentalmente se trata de personas mayores y/o dependientes. Así, en la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del sistema nacional de salud¹²¹, se recoge que la atención sociosanitaria va dirigida a personas que sufren dependencia y enfermedades generalmente crónicas (a veces causantes propiamente de la situación de dependencia) y que tengan necesidad de cuidados personales y sanitarios al mismo tiempo.
- Especialmente en la década de los 90, muchas de las definiciones fueron construidas desde el ámbito sanitario, por lo que están escoradas hacia esa rama. Por ejemplo, Castaño et al. (1994), refiriéndose al denominado por estos autores como síndrome sociosanitario, dicen que es un “problema de salud que se presenta en un paciente con demandas de atención y cuidados múltiples...”. Asimismo, Colom (1997) habla de la atención sociosanitaria como un tipo de atención distinta a las tradicionales modalidades de atención sanitaria y que se sitúa especialmente entre el hospital de agudos y la atención primaria.
- También es frecuente encontrar definiciones que aluden únicamente a la actuación simultánea de los dos sistemas, sin tener en cuenta que algunos casos pueden requerir un tipo de coordinación secuencial de la atención. Así, el informe de la consultora Antares, ya mencionado anteriormente, define la atención sociosanitaria *“como el sistema de atención sanitaria y social que se presta al conjunto de clientes que precisan de esta intervención simultánea en el tiempo...”* (Carrillo, 2010).
- Finalmente, y como señalaba Fernando Fantova, es habitual encontrar que en las definiciones de atención sociosanitaria se la identifique con los cuidados de larga duración. Así lo recoge, por ejemplo, el Libro Blanco publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011), donde se reconoce

¹²¹ Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del sistema nacional de salud.

que la atención sociosanitaria ha permanecido asociada a la prestación de cuidados continuados o de larga duración.

Finalmente, y teniendo en cuenta tanto las aportaciones de la literatura científica, como algunas reflexiones ya planteadas en la introducción a este apartado 4.2.1., aportaré a continuación el concepto de atención sociosanitaria propuesto en esta tesis.

Concepto de atención sociosanitaria

La atención sociosanitaria es una metodología de planificación de las políticas, de organización institucional y de intervención profesional, que pretende responder a situaciones en las que se presentan necesidades sociales y sanitarias múltiples y complejas. Se encuentra estrechamente ligada a un modelo de creencias biopsicosocial respecto al individuo y a los fenómenos que le afectan. Su enfoque de atención es integral y centrado en la persona, mientras que su objetivo principal consiste en garantizar la continuidad de los cuidados. Para ello, desarrolla actuaciones, simultáneas o secuenciales, que requieren de la participación coordinada del sistema social y del sanitario, e incluso de varios niveles asistenciales de cada sistema.

4.2.2. Continuidad en la atención: una característica esencial de la atención sociosanitaria.

Como se refería en el anterior apartado, la continuidad en la atención, o la continuidad de los cuidados, es el principal objetivo de la atención sociosanitaria. Todas las estrategias de coordinación que se desarrollan van dirigidas precisamente a evitar desajustes materiales y temporales en los procesos de atención, logrando de esta manera que la persona usuaria perciba continuidad en la atención que se le presta.

Podemos distinguir tres niveles en la continuidad de la atención:

1. Continuidad en la información.

La información sobre la persona usuaria, y sobre su seguimiento, es fundamental para cualquier proceso de atención. Su adecuada transmisión permite la construcción de un *hilo* que conecta las diferentes entidades y profesionales que intervienen en la prestación de la atención. El incremento en el número de profesionales, equipos y servicios que intervienen de manera simultánea o secuencial en la atención, puede incrementar el riesgo de ruptura de ese *hilo* o de disminución en la calidad del flujo de información que se transmita. Como veremos en el apartado 4.6.2.9., la puesta en marcha de sistemas compartidos de información, comunicación y gestión, puede ser una estrategia de gran ayuda para el logro de la continuidad en la información.

2. Continuidad en la gestión.

Se refiere al logro de la complementariedad entre los diferentes servicios que se presten a una misma persona usuaria, ya sea de forma simultánea o secuencial. La continuidad en la gestión permite evitar solapamientos, desfases temporales en la atención, así como desajustes en el tipo de atención prestada por cada servicio o cada profesional. Como veremos en el apartado 4.6.2., la coordinación, el trabajo en red y la estandarización de los procesos de atención, son estrategias que persiguen el logro de la continuidad en la gestión.

3. Continuidad relacional.

Se refiere a la existencia de un o una profesional (o un equipo) de referencia que mantiene la relación con la persona usuaria a lo largo de todo su proceso. La continuidad relacional puede ser un elemento que facilite la continuidad en la información y la continuidad en la gestión. Por otro lado, la continuidad relacional genera seguridad y confianza en la persona usuaria y su entorno, además de contribuir a incrementar el compromiso y la responsabilidad profesional. Como

veremos en el apartado 4.6.3., la gestión de casos y las diferentes estrategias de proximidad, son metodologías que buscan garantizar la continuidad relacional.

4.3. ¿SE PUEDE DELIMITAR EL “ESPACIO” DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA?

En gran parte de la literatura del sector se detecta una gran preocupación por delimitar con claridad el espacio de la atención sociosanitaria. Como se recoge en el informe de la consultora Antares (Carrillo, 2010) *“una cosa es adoptar un enfoque holístico que considere que la atención debe ser multidisciplinar e integral en muchos casos y otra muy distinta, confundir en un totum revolutum los servicios sociales y sanitarios”*. Sin embargo, ese esfuerzo por “delimitar con claridad el espacio” y evitar el “totum revolutum” conlleva un importante riesgo: que se construya una nueva frontera entre ambos sistemas, la de la atención sociosanitaria. Resulta paradójico que esto pudiera ocurrir en un ámbito surgido precisamente para procurar compensar las negativas consecuencias provocadas por la compartimentación institucional y la fragmentación de la atención. Sin embargo, lo cierto es que parece que eso se está consiguiendo, o al menos se está pretendiendo. Para analizar esta cuestión, realizaré a continuación un recorrido en torno a las propuestas de delimitación que, de ese pretendido espacio sociosanitario, se han realizado en la literatura científica, y especialmente en la institucional.

La mayor parte de las propuestas para la delimitación del espacio de la atención sociosanitaria han utilizado las características de la población diana como referencia. Algunas de ellas han sido lo suficientemente amplias como para evitar el riesgo de una nueva compartimentación. De ese tipo resulta especialmente interesante la incluida en el informe de la consultora Antares (Carrillo, 2010), donde se especifica que lo que define realmente este espacio son *“sus clientes”*:

- ✓ *“Clientes con necesidad simultánea de atención en ambas áreas.*
- ✓ *Clientes en los que ésta necesidad de atención es significativa, cuantitativa o cualitativamente, en ambos campos, tanto en la intensidad como en la duración en el tiempo.*
- ✓ *Clientes para quienes las intervenciones desde ambos sectores son sinérgicas en su efecto”*.

Sin embargo, el informe parece no conformarse con esa amplia referencia a la caracterización de “los clientes”, y se interna en la arriesgada tarea de la descripción taxonómica del tipo de personas a las que se dirige la atención sociosanitaria. No obstante, especificando que, aunque no existe una “*delimitación taxativa del perímetro, podemos identificar una serie de situaciones o –perfiles- de personas, donde la necesidad sociosanitaria es más frecuente*”:

- ✓ *“Personas mayores con pluripatología y dependencia.*
- ✓ *Pacientes terminales con cuidados paliativos.*
- ✓ *Personas con trastorno mental severo crónico.*
- ✓ *Personas con gran discapacidad física.*
- ✓ *Personas con discapacidad intelectual severa.*
- ✓ *Personas menores de 65 años con enfermedades crónicas discapacitantes.*
- ✓ *Personas con problemas de adicción a drogas ilegales y alcohol y/o patología dual (salud mental y adicciones)” (Carrillo, 2010).*

A pesar de la especificación de los autores, y aunque el listado resultante parece amplio, el problema de las taxonomías reside en que suponen un intento de cerrar una realidad que por definición es abierta. En ese sentido, la construcción de fronteras -de nuevo las fronteras- siempre deja realidades al margen. Y eso es precisamente lo que ha ido ocurriendo en posteriores intentos de delimitación taxonómica de la población diana. Por ejemplo, el entonces denominado Ministerio de Sanidad también pretendió optar por una visión amplia al caracterizar la población destinataria. En el denominado documento de “Bases para un modelo de atención sociosanitaria” definía de la siguiente manera la “tipología de usuarios de atención sociosanitaria”:

- ✓ *“Enfermos geriátricos.*
- ✓ *Enfermos mentales crónicos.*
- ✓ *Grandes minusvalías.*
- ✓ *Enfermos terminales.*
- ✓ *Personas con enfermedades crónicas evolutivas y en situación de dependencia funcional.*
- ✓ *Personas en situación de precariedad social con problemas sanitarios” (Ministerio de Sanidad, 2001).*

Sin embargo, la frontera marcada en esta tipología ya comienza a dejar al margen algunos perfiles. Por ejemplo, y esto es especialmente importante por el objeto de esta tesis, en la propuesta del Ministerio ya no figuran expresamente las personas con problemas de adicción a las drogas.

Si analizamos la legislación y los planes sobre atención sociosanitaria desarrollados por las diferentes comunidades autónomas, podremos observar que la tendencia ha sido muy similar a la recogida en el documento de bases del Ministerio de Sanidad (2001)¹²², no figurando ninguna alusión específica a las drogodependencias¹²³:

- El Plan Director Sociosanitario de Cataluña recoge que su población destinataria son personas con necesidad de atención geriátrica; pacientes que requieren de cuidados paliativos; personas con enfermedad de alzheimer y otras demencias; población con enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad.
- El Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Extremadura recoge que su misión consiste en atender de manera integral a las personas con dependencia y que presenten, al mismo tiempo, enfermedades crónicas que requieren cuidados sanitarios continuados.
- El Plan Sociosanitario de Galicia especifica que su función consiste en atender a personas dependientes.
- El Plan Sociosanitario de las Islas Baleares contempla como población destinataria la siguiente: pacientes geriátricos; grandes discapacitados; pacientes con enfermedades evolutivas y con gran dependencia; pacientes con enfermedad crónica; pacientes al final de la vida; personas con precariedad social y con problemas sanitarios.
- El Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco plantea que las personas con problemas sociosanitarios están básicamente entre estos colectivos: personas mayores en situación de dependencia; personas con discapacidad; personas con problemas de salud mental; personas con

¹²² Salvo el caso de Navarra, donde no se especifican perfiles poblacionales concretos, como especificaré posteriormente.

¹²³ Salvo en el caso de Castilla-León, como señalaré posteriormente.

enfermedades somáticas crónicas o invalidantes; personas con enfermedades terminales; personas en situación de exclusión o en riesgo de estarlo.

- El Plan Foral de Atención Sociosanitaria de Navarra señala dirigirse a las personas que se encuentran en situación de desvalimiento o dependencia por cualquier razón y en las que concurren carencias socio-económicas y familiares y dependencias generadas por problemas psíquicos, cognitivos y/o de comportamiento.
- El II Plan Sociosanitario de Castilla y León plantea que su principal población destinataria son las personas mayores. Como otras áreas de intervención, señala las siguientes: menores, personas con discapacidad, personas con problemas derivados de las drogas y otras personas en situación o riesgo de exclusión social

El resto de las comunidades autónomas no cuentan con planes sociosanitarios específicos. No obstante, la referencia a la atención sociosanitaria está recogida en su legislación y planes sobre la atención a las personas mayores, la salud mental y la discapacidad.

La publicación más reciente y significativa publicada en España sobre esta materia es el “Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria” (MSSSI, 2011). En ella se refuerza el proceso de reducción del espacio sociosanitario a la dependencia y, como veremos en el párrafo posterior, en especial a la población anciana dependiente. Así, señala que *“el paciente sociosanitario es aquella persona que de manera continua e, incluso en ocasiones, permanente, es usuaria de las prestaciones y servicios sociales y sanitarios al concurrir en ella, al mismo tiempo, necesidades de cuidados que son proporcionados por cada uno de los sectores en sus respectivos ámbitos de actuación; y dicha necesidad es resultado del padecimiento de una o varias enfermedades – generalmente crónicas- unido a ciertos déficits funcionales que le impiden realizar las actividades de la vida diaria (AVD) sin la ayuda de una tercera persona. Lo que determina el concepto es la suma de ambos factores: la cronicidad de la enfermedad del paciente y su situación de dependencia”*. En cuanto a las personas mayores, señala que merecen especial atención *“por reunir características específicas y poseer una serie de particularidades en el modo de enfermar y en sus necesidades de asistencia sanitaria y social ya que:*

- *Padecen enfermedades específicas que son mucho más prevalentes en este grupo de edad.*
- *Es habitual la existencia de pluripatología.*
- *El patrón evolutivo es una tendencia frecuente hacia la incapacidad y la dependencia, especialmente si no se aplica un diagnóstico correcto y un tratamiento precoz.*
- *Sin tratamiento adecuado el deterioro puede ser más rápido que a otras edades y la recuperación más lenta” (MSSSI, 2011).*

Desde esta tesis se cuestiona la tendencia reduccionista que pretende vincular la atención sociosanitaria exclusivamente con la dependencia y la intervención con personas mayores. Como ya argumentaba en el apartado 4.2.1., la atención sociosanitaria es fundamentalmente una metodología y un modelo de comprensión que puede y debe aplicarse en cualquier situación donde (siguiendo, en parte, la propuesta de la consultora Antares) se presenten simultáneamente necesidades mixtas y complejas, estas necesidades de atención integral sean significativas, y la intervención integrada de recursos sea sinérgica en su efecto. En ese sentido, las situaciones, colectivos y personas que pueden verse beneficiadas por la atención sociosanitaria son muy amplias. Teniendo en cuenta el objeto de esta tesis, reivindico especialmente el rol que este enfoque puede jugar en las políticas de atención a las drogodependencias.

4.4. FACTORES POR LOS QUE SE HA INCREMENTADO LA VISIBILIZACIÓN DE LAS DEMANDAS Y NECESIDADES COMPLEJAS.

La realidad de compartimentación y fragmentación descrita no es exclusiva del Estado Español, ni se trata de un fenómeno reciente, sino que trasciende fronteras. Sin embargo, existen una serie de factores que están influyendo en que actualmente podamos decir que se encuentra en el primer plano del debate. He organizado estos factores en cinco bloques:

- Los cambios en los patrones de mortalidad y morbilidad, que han hecho aumentar las situaciones de cronicidad, tanto en la red sanitaria como en la social.
- Las transformaciones en los apoyos familiares, debidos a los cambios en las estructuras familiares y en el rol de la mujer.
- La reactivación en determinados ámbitos profesionales del interés por los enfoques centrados en la persona.
- El desarrollo de un nuevo concepto integral de salud.
- El reconocimiento de nuevos derechos sociales.

4.4.1. Los cambios en los patrones de mortalidad y morbilidad.

Hasta el siglo XX, el recurso que se situaba en el eje central de la atención a la enfermedad era un tipo de hospital caracterizado por largos periodos de internamiento; más orientado a *cuidar* que a *curar*; que aislaba al paciente de su entorno sociofamiliar; y que apenas diferenciaba por tipo de enfermedades (salvo en el caso de las infecciosas y las mentales). En el siglo XX, y también en nuestros días, el hospital ha seguido siendo uno de los ejes fundamentales del sistema sanitario. Sin embargo, y especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX, se ha ido consolidando un modelo de hospital con un tipo de orientación diametralmente opuesta: diseñado para curar los procesos agudos y derivar los procesos crónicos; orientado hacia los internamientos breves; que presupone y espera la participación de la familia en los cuidados; y con una estructura hiper-especializada por enfermedades. El resto de niveles

asistenciales del sistema sanitario, a los que supuestamente debían ser derivadas las personas con enfermedades crónicas, no han contado con un diseño, y aún menos con un sistema de coordinación, que permitiera una adecuada y suficiente atención continuada e integrada de las enfermedades crónicas.

Estas debilidades en el diseño del sistema sanitario se están viendo agravadas por el incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas. En parte, este incremento obedece a los avances experimentados en la medicina, que han logrado transformar muchas enfermedades que eran mortales en crónicas. Sin embargo, algunos cambios socio-demográficos que se están produciendo en nuestras sociedades, incrementarán aún más la presencia de personas con enfermedades crónicas en el futuro próximo:

- En la Unión Europea ha aumentado la esperanza de vida al nacer de las mujeres en 5,5 años y en cerca de 5 años la de los hombres. Como una de las consecuencias, el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará de un 16,1% en el año 2000 a un 27,5% en el año 2050. Así, las personas mayores de 80 años, que representaban un 3,6% de la población en el año 2000, alcanzarán un 10% en el año 2050 (Comisión de las Comunidades Europeas, 2001).
- La edad está vinculada con la aparición de pluripatologías crónicas. Así, la Encuesta Nacional de Salud del año 2006¹²⁴ apuntaba a una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas en las personas de entre 65 y 74 años de edad, alcanzando un promedio de 3,23 en las personas mayores de 75 años.
- Se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad y/o dependencia en el año 2020 y que hacia el año 2030 se doblará su incidencia en mayores de 65 años. En la actualidad, entre una de cada tres y una de cada cuatro familias españolas está afectada por el problema de la dependencia (MSSSI, 2011).

Ante esta realidad de incremento de la cronicidad, la pluripatología y la dependencia, el mantenimiento de un sistema sanitario orientado al episodio agudo, hiper-especializado por enfermedades y con una atención fragmentada, se hace cada vez

¹²⁴ Consultada en la página web del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.
<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>

más insostenible. Se hace aún más evidente la necesidad de garantizar la coordinación con el sistema social y la puesta en marcha de procesos que garanticen cuidados continuados y continuidad en los cuidados.

4.4.2. Las transformaciones en los apoyos familiares.

La evolución del sistema sanitario ha seguido una clara tendencia hacia la reducción de la institucionalización de las personas con enfermedades crónicas, discapacidades graves o enfermedad mental. Detrás de estas reformas se encontraba una política sanitaria que pretendía limitar la intervención del Estado en pos de una mayor responsabilización de las redes sociales, y en especial de las familias.

Sin embargo, el proceso de desinstitucionalización no se vio acompañado de la puesta en marcha de políticas de apoyo a esas redes sociales que debían responsabilizarse de los cuidados. No se han desarrollado suficientes apoyos (formativos, psicológicos, económicos, servicios de respiro, ayuda a domicilio, etc.) que faciliten un cuidado familiar efectivo y preventivo respecto a la sobrecarga de las personas cuidadoras y otros impactos negativos en el sistema familiar. Asimismo, tampoco se han desarrollado suficientes recursos que permitan el cuidado integral y de larga duración a personas que no cuenten con el necesario apoyo familiar.

Además, estas políticas de apoyo a las familias se han hecho cada vez más necesarias por las profundas transformaciones que se están produciendo en la institución familiar. Muchos de estos cambios están debilitando las formas tradicionales de solidaridad familiar, por lo que es necesario complementarlas y reforzarlas desde los sistemas públicos y la sociedad civil. Como se menciona en el “Libro Blanco Sociosanitario” (MSSSI, 2011), *“esta solidaridad se está haciendo cada vez menos factible ya que, además de los problemas citados a los que se enfrenta el cuidador y que irán teniendo efecto y consecuencias con el transcurrir del tiempo, el número de mujeres con el perfil comentado que pasará a trabajar fuera de casa cambiará del 40% actual a un 75% en los próximos años”*. Asimismo, en el Plan Sociosanitario aprobado por el Gobierno de Navarra en el año 2000 se afirma que *“los cambios sociodemográficos han supuesto una crisis del actual modelo de apoyo informal que,*

tradicionalmente, ha prestado el núcleo familiar haciéndose cargo del cuidado y la atención a sus miembros. Los cambios operados en el seno de las familias, como la disminución del número de hijos-as, la incorporación de la mujer al mundo del trabajo, la disminución del tamaño de las viviendas, las familias monoparentales, las movilizaciones geográficas de las distintas personas de la familia y las transformaciones en los hábitos de vida y en las pautas de consumo, han sido la causa de dicha crisis” (Gobierno de Navarra, 2000). No obstante, los efectos de la crisis socioeconómica están provocando nuevas transformaciones en los apoyos familiares que, durante el periodo de redacción de esta tesis, aún no pueden ser analizados con claridad.

4.4.3. La reactivación de los enfoques de atención centrados en la persona.

La concienciación sobre los riesgos que la complejización de las estructuras organizacionales y la fragmentación de la atención tienen respecto a la despersonalización de la atención, han hecho que en los últimos años se haya reactivado notablemente el interés por situar a la persona como eje de las actuaciones y las organizaciones. La presencia de esta idea no ha hecho más que aumentar en el discurso profesional y político, pero también en los documentos institucionales y en los manuales metodológicos. Así se reflejó, por ejemplo, en la Conferencia Interterritorial de Consejeros de Sanidad y de Política Social celebrada en febrero del año 2010, que señaló *“la importancia de trabajar conjuntamente entre todas las administraciones para definir y operativizar diversos escenarios de coordinación social y sanitaria que permitiesen desarrollar objetivos, actuaciones e instrumentos que situasen al ciudadano y a sus familiares con necesidades sanitarias y sociales en el centro de las actuaciones de nuestros sistemas de bienestar”* (MSSSI, 2011).

Esta reorientación hacia la persona no es exclusiva del ámbito sanitario ni del social, sino que está presente en la orientación de cualquier organización moderna. De hecho, la gestión de la calidad la incluye como uno de sus ejes fundamentales. Tanto la norma ISO como el modelo EFQM, que son los sistemas más extendidos en el ámbito

de la calidad, sostienen que las organizaciones deben orientarse hacia el logro de la satisfacción en sus clientes. Para ello deben conocer sus expectativas y sus necesidades para convertirlas en el “motor” que guíe la gestión de la organización.

A pesar de la aparente novedad de este enfoque, podemos encontrar su presencia ya en los orígenes del Trabajo Social. Mary E. Richmond, en la definición de su modelo de trabajo social de caso, ponía el acento en la importancia que los enfoques centrados en la persona tenían para el logro de una eficaz y eficiente coordinación y cooperación entre distintas agencias (Richmond, 1995). Posteriormente, a finales de los años 50, Helen Harris revisaría críticamente este modelo, y especialmente la manera en la que había sido puesto en práctica, aportando fundamentalmente dos matizaciones:

- El proceso de trabajo de caso no debe ser conducido únicamente por el o la “especialista”, sino que se debe lograr la participación activa de la persona. *“Además, el que actuaba y resolvía era el especialista en «casework» y no el cliente: él era quien investigaba, quien reflexionaba acerca de lo que había observado, quien planeaba para el futuro y por ello, a menudo, cuando por fin llegaba a alguna conclusión, se encontraba con que el cliente se había evadido espiritualmente, cuando no físicamente”* (Harris, 1970).
- El trabajo de caso debe centrarse en la persona y en el proceso de atención, y no en el problema. *“Ofrecía un sistema centrado en el problema y no en el cliente, desprovisto, por tanto, de medios para inducir y estimular a éste a trabajar en la solución de sus problemas. La propia Mary Richmond fue una de las primeras en comprender este error, y en 1920, tres años después de publicar este libro, escribió en una comunicación presentada en la Conferencia Nacional sobre Trabajo Social: -Sitúo primero el estudio de los procesos... los procesos comunes a todo tratamiento merecen atención especial-“* (Harris, 1970).

Estas aportaciones de Helen Harris estaban muy influenciadas por las enseñanzas de Carl Rogers y su enfoque humanista. Especialmente en su publicación “Psicoterapia centrada en el cliente” (Rogers, 1997)), abunda en la necesidad de lograr la participación de la persona en el análisis y la resolución de sus propios problemas. Rogers plantea que el peso de la terapia debe estar en la persona y no en el terapeuta. Asimismo, insiste en aportar una gran importancia a las actitudes del terapeuta. Si el

peso de la terapia debe llevarlo la persona, el terapeuta debe encargarse de construir una relación facilitadora. Para ello, debe tener integradas tres tipos de actitudes básicas: la empatía, la aceptación positiva incondicional y la autenticidad o congruencia.

No obstante, y a pesar de las abundantes alusiones actuales sobre la importancia de la persona y de su participación, también podemos encontrar varias voces críticas que aluden a su carácter básicamente retórico en muchos casos. Por ejemplo, refiriéndose a las políticas participativas en el ámbito de la salud, Martín-García et al. (2006) afirman que *“el paciente en el centro del sistema es una máxima repetida hasta la saciedad, aunque realmente responda a pura retórica”*. Asimismo, Martínez y Sanjuán (2009) se preguntan *“cómo sistemas sanitarios que dicen estar -centrados en el paciente/usuario- tienen tan poco en cuenta su toma de decisiones en el diseño de políticas sanitarias públicas, lo que se ha venido a denominar, siguiendo las corrientes de la Ilustración de los siglos XVII y XVIII, como -despotismo sanitario-, reflejado en el hecho de que se trata de un sistema que hace todo por el paciente sin tener en cuenta al paciente”*. Los mismos autores terminan afirmando que no es la satisfacción del paciente-usuario la que está en el centro, sino que el centro está en *“la satisfacción profesional y no en las necesidades reales de los ciudadanos con necesidad de continuidad de cuidados”*.

4.4.4. Nuevo concepto de salud.

Desde los modelos biomédicos, la salud ha sido entendida tradicionalmente como una estricta ausencia de enfermedad. Desde esta perspectiva ha estado centrada casi en exclusiva en “lo biológico”, ha pertenecido al reino de la naturaleza, en un proceso en el que determinados agentes patógenos internos o externos deterioraban la maquinaria humana a la que era necesario reparar. Este modelo biomédico focaliza su actuación en la enfermedad, en el individuo, y sus referencias son la cura y la búsqueda de una normalidad científica o estadística. Es el organismo del individuo, siguiendo las pautas marcadas por la figura experta en esos procesos biológicos, el único campo de juego donde se dirime la lucha contra el atacante patógeno.

Ya en el año 1947 la Organización Mundial de la Salud plantea una transformación fundamental del concepto y establece la conocida definición de salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”*. Los factores físicos están acompañados de factores psicológicos y sociales para tender hacia el objetivo de conseguir el bienestar y no limitarse a evitar enfermedades. Esta propuesta libera a la salud del exclusivo campo biológico para integrarse también en el ámbito social.

Pero es especialmente en la Conferencia de Alma-Ata del año 1978, bajo el patrocinio de la OMS y la UNICEF, y con el lema *“Salud para todos en el año 2000”*, donde la salud es asumida como un derecho más del que todas las personas somos titulares y en cuyo mantenimiento los factores contextuales juegan un papel de primer orden.

En el ámbito europeo, el Tratado de Lisboa sirvió para que la Comisión Europea impulsara un nuevo enfoque de abordaje multisectorial de la salud a través del lema *“Salud en todas las políticas”*. Como se señala en un informe independiente de expertos y expertas elaborado durante la Presidencia Española de la Unión Europea *“las políticas sanitarias y sus responsables, por su propia eficiencia y sostenibilidad, deben propiciar los cambios necesarios para pasar del paradigma biomédico centrado en los problemas de salud, que coloca la responsabilidad principal en el ámbito sanitario, a otro basado en los determinantes sociales de la salud que requiere un alto compromiso político de todas las áreas de gobierno y la participación de la ciudadanía”* (MSPSI, 2010).

Esta nueva concepción de la salud ha logrado extenderse durante las últimas décadas. Sin embargo, ello no evita que sigan existiendo espacios en los que el modelo biomédico manifieste pujanza, más allá de la batalla conceptual. De hecho, seguimos encontrándonos teorías y, sobre todo, praxis en las que la salud y la enfermedad son exclusivamente *“problemas individuales (no colectivos) de una maquinaria biológica (mecanicista), que se puede reparar (curación) de manera fragmentaria”* (Ponte, 2008), secuestrando de esta manera la participación del sujeto en la gestión de su propia salud y transfiriendo el protagonismo, de manera exclusiva, a profesionales y tecnologías sanitarias.

4.4.5. Reconocimiento de nuevos derechos sociales:

El desarrollo que los servicios sociales han tenido lugar en el Estado Español durante las últimas décadas es sorprendente. Desde una propuesta tradicionalmente asistencial y discrecional (que iniciada en la caridad, se transformó en Beneficencia y posteriormente en la Asistencia Social) vimos cómo en la Constitución del 78 se incorporaba la expresión de “servicios sociales”. En la década de los 80, con el desarrollo progresivo de las Leyes Autonómicas de Servicios Sociales, y con la obligación de ocuparse de ellos que la Ley de Régimen Local de 1985 asigna a los municipios de más 20.000 habitantes, se conforma una nueva identidad en la que los Servicios Sociales pasan a estar marcados por la búsqueda de una mayor cobertura y profesionalización.

Ya en los 90 y, sobre todo, en la primera década de este siglo, la conceptualización de los Servicios Sociales comienza a caminar hacia el reconocimiento de los mismos como auténticos derechos sociales, en pie de igualdad con el resto de derechos que se reconocen a toda la ciudadanía, es decir, se promueve su consolidación como derechos subjetivos que todos y todas tenemos por el mero hecho de ser miembros de esta comunidad.

En esta evolución influyen, entre otros factores, los cambios sociodemográficos aludidos en los apartados 4.4.1. y 4.4.2. El incremento de las situaciones de dependencia ha hecho que, algunos riesgos sociales o necesidades de apoyo, considerados en otros momentos exclusivos de determinados colectivos excluidos, empiecen a verse como posibles o probables para amplias capas de la población.

De hecho, la conocida como ley de la Dependencia¹²⁵ constituye, sin duda, uno de los hitos más significativos de este nuevo rumbo y ha pasado a ser considerada como el cuarto pilar de nuestro Estado del Bienestar junto con la atención sanitaria, la educación y el sistema de pensiones. Al igual que en los otros tres pilares, en ella se garantizan una serie de derechos en los que los requisitos están definidos, los servicios y

¹²⁵ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (BOE nº. 299 de 15-12-2006)

prestaciones están claramente determinados y existe un procedimiento formalizado para el reconocimiento del derecho que, en caso de desacuerdo, es administrativa y jurídicamente recurrible.

No obstante, en esta nueva configuración de los servicios sociales como un sistema universal, garantista y de calidad, aparecen elementos críticos que dificultan su progreso. El primero de todos ellos es la sostenibilidad de su financiación, especialmente en estos momentos de crisis económica. El segundo elemento crítico está directamente relacionado con el objeto de esta tesis, ya que lo constituyen las dificultades para conectar las redes de servicios sociales y sanitarias.

4.5. NIVELES DE INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL EN EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.

Como ya ha sido recogido en el concepto de atención sociosanitaria aportado, para que ésta cumpla sus objetivos se debe producir una acción conjunta (simultánea o secuencial) del sistema social y del sistema sanitario, e incluso de varios niveles asistenciales de cada sistema. En este apartado vamos a analizar los distintos niveles de integración institucional que se pueden producir en esta actuación conjunta.

La tipología de niveles de integración que más influencia tiene en la literatura científica actual, es la propuesta por Leutz (1999). Basándose en experiencias de Estados Unidos y el Reino Unido, Leutz distingue tres niveles de integración posibles entre las instituciones que desarrollan la atención sociosanitaria:

- Vinculación o colaboración.

Constituye el nivel menos intenso y más continuista de interacción institucional. Se mantienen los límites competenciales, estructurales y organizativos de cada uno de los sistemas de atención. Dentro de esos límites, y en la medida de las posibilidades de cada sistema o servicio concreto, se trata de llegar a acuerdos *ad-hoc* que permitan abordar de manera coordinada casos o circunstancias concretas y puntuales.

- Coordinación.

Aún manteniendo el esquema competencial y organizativo preexistente, así como la separación entre ambos sistemas, se llega a acuerdos estables que permitan adoptar estrategias y crear estructuras formales que permitan la colaboración entre ambos sistemas.

- Integración.

Constituye el nivel más intenso y exigente de interacción institucional. En su forma más pura, supone la creación de un sistema único que combina las competencias y los recursos necesarios para financiar, prestar y gestionar servicios sociales y sanitarios de manera integrada. No obstante, en la propuesta de Leutz también caben soluciones menos ambiciosas, como la integración “limitada” a un determinado servicio o a un conjunto de servicios destinados a un determinado colectivo.

Antonio Jiménez Lara (2007) propone una tipología de niveles similar a la de Leutz, pero con algunas matizaciones. Siguiendo su terminología, podemos distinguir tres enfoques en el desarrollo de la atención sociosanitaria:

- El enfoque de integración.

Este primer modelo apuesta por la creación de una nueva red, la “red sociosanitaria”, que permita un óptimo nivel de integración en la prestación de recursos. Jiménez Lara (2007) menciona varios ejemplos al respecto, como el programa *Vida als anys* de Cataluña, que surgió con el propósito de integrar los servicios sociales y sanitarios para ofrecer la atención global que demandaba el colectivo de pacientes geriátricos; o el modelo que inspiró la reforma Adel de Suecia, a partir de la que se integraron en los ayuntamientos algunos de los servicios sociosanitarios, como las residencias asistidas, la asistencia médica de larga duración, los servicios de atención domiciliaria y el soporte social a pacientes en hospitales de agudos para asegurar un alta adecuada, dentro de un mismo presupuesto y una misma responsabilidad institucional.

- El enfoque de coordinación sociosanitaria.

Este modelo promueve la coordinación y complementariedad entre servicios sociales y sanitarios, sin crear recursos nuevos. Los diferentes dispositivos de atención a las personas dependientes deben actuar de forma coordinada, pero respetando las competencias de cada una de las redes. Como señala Jiménez (2007),

Estrategias para la mejora de la atención sociosanitaria. El caso de las drogodependencias en Navarra (1993-2009) 255

en España se ha optado mayoritariamente por este enfoque, del que son ejemplos el acuerdo marco de cooperación suscrito en 1993 entre el Ministerio de Asuntos Sociales y el de Sanidad y Consumo, así como los Planes Sociosanitarios de Castilla y León, País Vasco, Navarra, Extremadura, Islas Baleares, Cataluña o Galicia.

- El enfoque de coordinación intrasectorial.

Aquí reside la principal diferencia respecto a la clasificación propuesta por Leutz. En este enfoque, el desarrollo de la atención sociosanitaria se realiza de forma independiente en cada uno de los dos sistemas. En los servicios sociales se refuerza el soporte sanitario a las personas dependientes, mientras que en el sistema sanitario se desarrollan estrategias para atender la demanda de cuidados personales en pacientes con enfermedades crónicas. Sin embargo, no se crean estructuras comunes entre ambos sistemas. Un ejemplo serían los programas de atención a la dependencia que se han creado en muchas consejerías autonómicas de servicios sociales, o los departamentos de trabajo social que han sido creados en los hospitales.

Finalmente, el “Libro Blanco de la Dependencia” (IMSERSO, 2005), limita la clasificación a dos modelos de integración institucional:

- Coordinación socio-sanitaria.

Se trata de una metodología de intervención que busca optimizar los recursos de ambos sistemas a través de la coordinación.

- Red de Atención Socio-Sanitaria.

Se puede identificar con lo que en las anteriores clasificaciones se nombraba como integración. En este caso se define como la creación de un tercer sistema en el que se incorporarían un conjunto de recursos procedentes del sistema sanitario y del social, así como otros nuevos servicios específicos para la atención sociosanitaria.

En torno a esta última clasificación se ha generado una importante polémica entre autores y responsables de servicios sanitarios y sociales. En unos casos se critica la opción de construir un tercer espacio específico para la atención sociosanitaria, ya que generaría aún más necesidades de coordinación. Por ejemplo, Jiménez (2007) alerta sobre una posibilidad a la que ya me referí en el apartado 4.3.: *“que los intentos de solucionar la descoordinación entre el sistema sanitario y social llevaran a la existencia de tres espacios administrativos de provisión de servicios diferenciados”*. Sin embargo, en otros casos se apuesta claramente por la creación del tercer espacio y se subrayan las limitaciones de la coordinación. Así, en el informe de la consultora Antares (Carrillo, 2010) se señala que la *“coordinación entre los sistemas sanitario y social es fundamental pero insuficiente si no se consigue dotarle de una capacidad de gestión –no dependiente- y por lo tanto, dotarle de estructura funcional y física propias. En caso contrario, seguiremos corriendo el riesgo de que todo el debate sociosanitario se quede en una mera declaración de intenciones y deseos”*.

Como ya he señalado anteriormente, desde esta tesis se apoyan las referencias a los riesgos que conllevaría la creación de un tercer espacio específico para la atención sociosanitaria, y se insiste en contemplar la atención sociosanitaria como una metodología de planificación, organización e intervención, así como un modelo de comprensión del individuo y de los fenómenos que le afectan. Teniendo en cuenta esa idea, los grados de integración pueden ser variados y flexibles. Lo importante es cómo se articulen los diferentes niveles estratégicos, organizativos y de intervención¹²⁶, así como qué tipo de sistemas de gobernanza se desarrollen¹²⁷.

¹²⁶ Lo veremos en el siguiente apartado.

¹²⁷ Abordaremos esta cuestión en el apartado 5.1.

4.6. ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.

Aunque el debate en torno a la atención sociosanitaria tiene poco más de dos décadas de recorrido en nuestro contexto, en estos años se han ido construyendo una serie de consensos en torno a las estrategias que deben ser implementadas para su desarrollo. En la actualidad incluso contamos con algunos documentos institucionales que tratan de sistematizarlas (IMSERSO, 2005; Ararteko, 2008; MSSSI, 2011). En este apartado voy a describir las principales estrategias que conforman el consenso referido, pero incorporando algunas alusiones a su insuficiente aplicación o grado de desarrollo (en unos casos), y algunas reflexiones sobre los riesgos que deben ser considerados en su puesta en marcha (en otros). Asimismo, incorporaré otras estrategias que no suelen ser vinculadas con la atención sociosanitaria (especialmente en el nivel que he denominado “de intervención”), pero que son especialmente relevantes de acuerdo con el modelo defendido desde esta tesis.

He estructurado la presentación de las estrategias en tres niveles.

- El primer nivel, estructural o estratégico, en el que las estrategias recogidas son las siguientes: integración competencial, descentralización o delegación competencial, planificación intersectorial y financiación.
- El segundo nivel, organizativo, en el que las estrategias recogidas son las siguientes: zonificación sociosanitaria, equipos interdisciplinarios, *ventanilla única*, estructuras de coordinación, trabajo en red y estandarización de los procesos.
- El tercer nivel, de intervención, en el que las estrategias recogidas son las siguientes: gestión de casos, acompañamiento social, programas asertivo comunitarios, apoyo entre iguales y otras estrategias de proximidad.

4.6.1. Nivel estructural o estratégico.

Este primer nivel se refiere a las estrategias que permiten conformar el marco político-institucional en el que aplicar los otros dos niveles (organizativo y de intervención) de la atención sociosanitaria. Por su carácter estratégico, se encuentran estrechamente vinculadas con los procesos de gobernanza a los que me referiré en el posterior apartado 5.1.

2.6.1.1. Integración competencial.

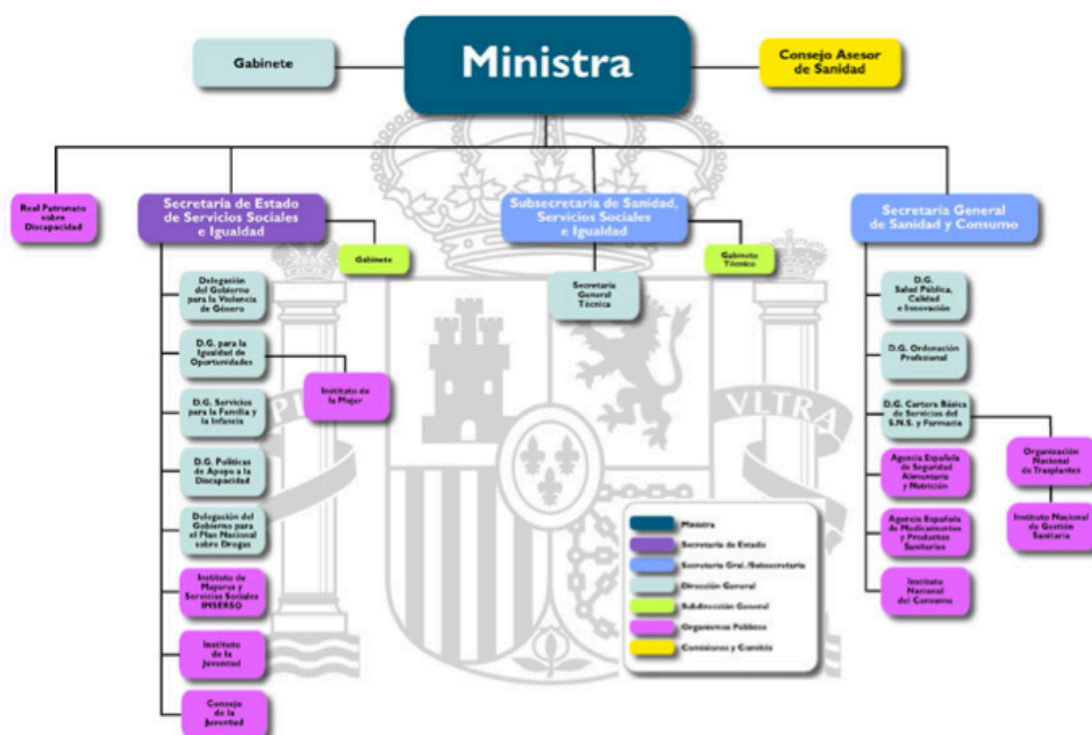
Se corresponde con lo que en el apartado anterior denominábamos “enfoque de la integración”, es decir, que se trata del nivel más exigente e intenso de interacción interinstitucional. Supone la unificación de las competencias de sanidad y servicios sociales en un único organismo administrativo.

A nivel estatal, desde el año 2010 se ha producido esta integración, ya que se creó el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad¹²⁸. Asimismo, varias comunidades autónomas han unificado ambas competencias en una única consejería: Cantabria, Castilla y León, Extremadura y Castilla La Mancha.

La integración competencial puede ser un importante elemento facilitador para el desarrollo del resto de las estrategias estructurales. Sin embargo, el principal riesgo consiste en que la integración sea puramente formal y no modifique las dinámicas habituales de funcionamiento fragmentado. Es decir, que en lugar de integración competencial sea un proceso de reorganización administrativa que “únicamente” persiga objetivos de ahorro o simplificación de los organigramas. Tomando como ejemplo el caso del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y si observamos su organigrama, podremos comprobar cómo la integración se ha limitado prácticamente a tener una única ministra en lugar de dos. En cuanto al resto de direcciones generales, institutos, agencias, etc, se han mantenido igual de diferenciadas que cuando se encontraban en dos ministerios distintos (incluso en la mayor parte de los casos continúan ubicadas en edificios diferentes). El problema principal reside en pretender

¹²⁸ Denominado en la actualidad Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

realizar un cambio tan profundo “por decreto”, sin considerar la necesidad de transformar paralelamente valores, modelos de creencias, metodologías de trabajo, actitudes, competencias o equilibrios de poder. En el apartado 5.1.4. me referiré precisamente a los procesos que deben ser desarrollados para poder implementar cambios en un sistema de gobernanza.



1.6.1.2. Descentralización o delegación competencial.

En este caso se busca evitar el efecto negativo de la fragmentación y la compartimentación, pero manteniendo la diferenciación entre los sistemas. Para ello se delegan o descentralizan las competencias en un único sistema o institución para que atienda fenómenos o poblaciones complejas que requieren respuestas integrales. Para gestionarlo, en muchos casos se crean organismos autónomos dependientes de uno de los dos sistemas. Se suele utilizar la figura de Agencia, Delegación del Gobierno o Plan. Un claro ejemplo al respecto es la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre

Drogas, que fue creada en el año 1985¹²⁹ y se constituyó en un caso precursor de delegación competencial. Esta experiencia fue extendida a las comunidades autónomas, donde se crearon figuras similares para liderar las políticas sobre drogas (como es el caso del Plan Foral sobre Drogodependencias de Navarra). Como experiencias posteriores, se pueden mencionar las Agencias para la Dependencia que han sido creadas en varias comunidades autónomas para gestionar las políticas en ese sector. Asimismo, en algunos países europeos existen experiencias de delegación de las competencias de atención a personas mayores en las administraciones locales, por su mayor proximidad a la población.

Se trata de una respuesta menos compleja que la integración, ya que supone normalmente la creación de nuevos organismos y no tanto la modificación de estructuras preexistentes. Asimismo, facilita el diseño de una respuesta adaptada a un fenómeno o un colectivo específico. El principal riesgo consiste en que el organismo autónomo creado tienda, precisamente, a ser cada vez más autónomo, a generar su propia cultura y dinámica al margen de los sistemas generales. En ese sentido, el riesgo es similar al ya mencionado cuando hablábamos en el anterior apartado de la construcción de un tercer espacio específico para la atención sociosanitaria y mencionábamos cómo ese tercer espacio podría generar aún más necesidades de coordinación.

1.6.1.3. Planificación intersectorial.

Como se señala en el informe del Ararteko (2008), y atendiendo a los resultados de las evaluaciones recogidas en la literatura especializada, un factor determinante en el éxito de la atención sociosanitaria tiene que ver con la planificación. Por ello, una tercera estrategia en el nivel estructural consiste en la elaboración de planes de actuación conjunta entre las administraciones competentes en servicios de salud y servicios sociales. De hecho, en los últimos años es cada vez más habitual la elaboración de este tipo de planes estratégicos. En unos casos se trata de planes globales de atención sociosanitaria, como los referidos en el apartado 4.3., mientras que en otros casos se trata de planes orientados hacia un fenómeno particular o hacia un colectivo

¹²⁹ Ver apartado 3.4.2.

determinado (por ejemplo, las personas mayores o las drogodependencias). Asimismo, podemos encontrar planes con ámbitos geográficos diversos, desde el nivel estatal hasta el autonómico o el local.

Al referirse a las claves para el diseño de este tipo de planes, el informe del Ararteko (2008) hace alusión a la importancia de organizarlos a partir de objetivos claros, que entiendan y acepten todas las organizaciones públicas y privadas y todo el colectivo de profesionales que intervienen en su aplicación. Insiste además en que los objetivos marcados sean realistas y resulten, por lo tanto, alcanzables. Por su parte, el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España (MSSSI, 2011) plantea otra clave básica: la determinación de la población diana. Es precisa una definición ajustada de la población diana, la segmentación en función de los perfiles de necesidad y el establecimiento adecuado de prioridades en la atención. Siguiendo con su argumentación, de esta manera se podrá lograr una oferta más equitativa y eficiente de recursos y servicios complementarios.

Por otro lado, es necesario insistir en que este tipo de planes deben lograr conectar la atención sanitaria y de los servicios sociales con la prestada por otros sectores. La verdadera atención integral debe contemplar también la incorporación de otros ámbitos como el educativo, el cultural, el de urbanismo, el de vivienda, el de empleo, etc.

Afortunadamente, y como ya he referido, en los últimos años se ha producido un gran avance en este tipo de planificación. Sin embargo, varios son los riesgos vinculados con la manera en la que están siendo desarrollados. Uno de los principales está relacionado con la gobernanza: ¿quién lidera un plan intersectorial?, ¿cómo se gobierna un plan en el que participan diferentes instituciones?, ¿cómo se gestionan las redes implicadas?, ¿cómo se facilita la implicación de todos los agentes? Estas dificultades relacionadas con la gobernanza se trasladan posteriormente a la acción. En muchos casos se ha logrado que en el diseño de los planes se contemple la participación de los sectores estratégicos para el fenómeno abordado. Sin embargo, posteriormente es muy habitual el incumplimiento de objetivos por parte de las instituciones que se relacionan de una manera más periférica con el fenómeno abordado. Por otro lado, el

incumplimiento de las acciones previstas también está vinculado con la ausencia de compromisos financieros en la mayor parte de este tipo de planes. Por todo ello, en muchos casos se trata de planes que cuentan con buenos diagnósticos y propuestas de acción, pero que, al no disponer de claras estructuras de gobernanza y no contar con presupuestos definidos, son difícilmente aplicables¹³⁰.

1.6.1.4. Financiación.

En el análisis de la literatura especializada, realizado para el Informe del Ararteko (2008), se mencionan dos fórmulas de financiación en las experiencias de atención sociosanitaria desarrolladas en Europa:

- Cofinanciación de servicios por módulos. Esta fórmula se adapta a la financiación de servicios enmarcados en el enfoque de coordinación y no tanto de integración. Consiste en que uno de los sectores implicados en la atención sociosanitaria financie el gasto generado en un servicio dependiente de otro sector, cuando dicho gasto responda a prestaciones propias de su ámbito competencial. Un ejemplo muy extendido consiste en la financiación, por parte del sistema sanitario, de los gastos de medicina y enfermería generados en una residencia de atención a personas mayores.
- Presupuestos conjuntos. Esta fórmula se adapta a la financiación de servicios enmarcados en el enfoque de integración. Consiste en que ambos sectores participen en la financiación de un conjunto de servicios para la atención sociosanitaria a un fenómeno o a un sector de la población. Es una fórmula que permite adaptarse de una manera mucho más flexible a cada situación, sin tener que delimitar qué es atención sanitaria y qué es atención social. Además, favorece el diseño de respuestas creativas e innovadoras.

¹³⁰ Profundizaremos sobre todas estas cuestiones en el apartado 5.1. sobre gobernanza.

4.6.2. Nivel organizativo.

Este segundo nivel se refiere a las estrategias que las organizaciones deben poner en marcha para permitir el desarrollo de procesos de intervención integrales e integrados. En ese sentido, condicionan las posibilidades para el desarrollo de las estrategias de intervención (tercer nivel), pero a su vez dependen del marco político-institucional establecido por las estrategias estructurales (primer nivel). Las estrategias organizativas también se encuentran estrechamente vinculadas con los procesos de gobernanza a los que me referiré en el posterior apartado 5.1.

4.6.2.1. Zonificación sociosanitaria.

Diferentes autores (Garcés et al.; IMSERSO, 2005; Jiménez, 2007) señalan que el nivel de actuación óptimo para la atención sociosanitaria es la zona básica. Dentro de una perspectiva ecológica y una metodología comunitaria de intervención, ese ámbito es el idóneo para alcanzar una visión integral de la población usuaria, para desarrollar una eficaz coordinación intersectorial e interdisciplinar, o para garantizar una mayor accesibilidad. No obstante, la integración en zona básica se verá favorecida si ésta también se produce en los niveles de sector y área.

Uno de los principales inconvenientes para el desarrollo de la atención sociosanitaria reside en la falta de coincidencia entre los mapas sociales y sanitarios. En ese sentido, surge la reclamación de una sectorización, a nivel autonómico, en áreas sociosanitarias, haciendo coincidir los mapas sociales y sanitarios. De esta manera se podrán desarrollar mecanismos de coordinación en los niveles de área, sector y zona básica. De hecho, este tipo de zonificación se presenta como una condición previa para la aplicación de muchas de las estrategias del nivel organizativo. Sin embargo, este tipo de sectorización no ha sido generalizada aún en las comunidades autónomas.

4.6.2.2. Equipos interdisciplinarios.

La constitución de equipos interdisciplinarios es una de las estrategias más utilizadas para el desarrollo de la atención sociosanitaria. Dos son los enfoques empleados habitualmente:

- Equipos interdisciplinarios internos.

Se trata de centros o programas que atienden fenómenos complejos y poblaciones afectadas por problemáticas múltiples, y que se dotan de equipos interdisciplinarios para poder realizar valoraciones multidimensionales de los casos y desarrollar intervenciones integrales. Tras la puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas en el año 1985, y el posterior inicio de los diferentes planes autonómicos sobre drogas, éste fue el modelo de centro de tratamiento por el que se apostó mayoritariamente en las comunidades autónomas. Se trata de centros específicos con equipos compuestos fundamentalmente por profesionales de la psicología, la medicina, la enfermería, el trabajo social y la educación social. En el caso de Navarra, y como ya ha sido descrito en el apartado 3.4.3., se optó por integrar la atención a las drogodependencias como uno de los programas de los centros de salud mental. Los centros de salud mental cuentan con equipos interdisciplinarios, pero con una presencia mayoritaria de perfiles sanitarios (enfermería y psiquiatría).

Un riesgo que puede surgir en este tipo de centros y programas consiste en que, precisamente por su interdisciplinariedad, se genere cierto sentimiento de autosuficiencia respecto al resto de la red de recursos. Es decir, que se considere capaz de atender todas las necesidades de su población usuaria. Ese sentimiento, en caso de aparecer de una manera intensa y continuada, puede dificultar la coordinación y el aprovechamiento de las sinergias en la interacción con otros centros y programas. Por otro lado, también puede convertirse en un riesgo la confusión entre interdisciplinariedad y multidisciplinariedad. La interdisciplinariedad conlleva la construcción de una *mirada común* y de una actuación conjunta, a partir de las aportaciones de cada una de las disciplinas. Sin embargo, la multidisciplinariedad “únicamente” nos informa sobre la presencia de

profesionales de diferentes disciplinas, pero puede ser que no haya interacción entre ellas. Precisamente eso es lo que ocurre en algunos casos, donde se genera una dinámica jerárquica entre disciplina mayoritaria y disciplinas minoritarias, o donde los diagnósticos y las intervenciones son más sumativas que integrales.

- Equipos interdisciplinarios externos.

Suelen ser equipos especializados encargados del diagnóstico multidimensional de los casos, de la delimitación de los servicios que precisa cada caso y de la derivación a los mismos. Sin embargo, no tienen competencias en la aplicación de los programas de atención sociosanitaria. Aunque dependan de uno de los dos sistemas (el sanitario o el social), tienen la capacidad de derivar a recursos tanto sociales como sanitarios.

En el Informe del Ararteko (2008) se hace referencia a varias experiencias europeas. Por ejemplo, las Agencias Regionales de Valoración de Holanda, encargadas de la evaluación y el diseño de “paquetes de cuidados” para personas en situación de dependencia (personas mayores, personas con discapacidad y personas con problemas de salud mental, principalmente); las Unidades Territoriales de Valoración Multidimensional en la Región de Veneto, con las mismas funciones que las anteriores. En el caso del Estado Español podemos encontrar esta estrategia, por ejemplo, en varios de los organismos autonómicos para la dependencia, que cuentan con equipos interdisciplinarios para la valoración de la discapacidad y la dependencia.

Es fundamental que estos equipos externos construyan sólidos procesos de coordinación con los recursos a los que derivan los casos. De esta forma se puede evitar que se conviertan en un “filtro” más por el que debe pasar la personas usuaria y que complejice su itinerario de atención sociosanitaria.

4.6.2.3. *Ventanilla única.*

Teniendo en cuenta la paulatina complejización de los sistemas, en los últimos años se está extendiendo el denominado sistema de *ventanilla única*, consistente en la delimitación de un único punto de acceso a los servicios. Este procedimiento ha sido habitual en el acceso a los servicios de un único sistema (el sanitario o el social), a través de los servicios sociales de base y de la atención primaria de salud, pero en los últimos años se están observando algunas experiencias que intentan establecer un único punto de entrada a servicios de naturaleza mixta.

Dos son las vías para el desarrollo de la *ventanilla única* sociosanitaria:

- La construcción de un modelo coordinado de atención primaria social y sanitaria. A ello se refiere de una manera clara el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria, afirmando que *“Es necesario reforzar el papel de los profesionales de los servicios sociales de base y los servicios de atención primaria, estrechando la relación existente entre ellos. El sistema asistencial coordinado, deberá tender a comportarse como una única puerta de entrada, con formatos que permitan la interacción inmediata de los agentes sociales y sanitarios sean quien fuere el profesional que acoja en primera instancia, al paciente sociosanitario. Se deberá analizar la complejidad de cada caso y diseñar planes de intervención personalizados, coherentes, complementarios y sinérgicos entre ambos sectores. Las enfermeras y trabajadores sociales de atención primaria y de los servicios sociales, constituyen un recurso valioso como interlocutores de referencia y su papel habrá de fortalecerse mejorando sus herramientas de gestión de casos”* (MSSSI, 2011). Esta vía de construcción de un modelo coordinado de atención primaria social y sanitaria apenas se encuentra iniciada en el Estado Español.
- La construcción del sistema de *ventanilla única* en los procesos de atención a determinados fenómenos o sectores de la población con necesidades mixtas. Las principales experiencias son las referidas a la atención de la discapacidad y la dependencia, donde algunas comunidades autónomas han creado servicios que realizan una labor de diagnóstico y derivación hacia los distintos recursos de la red.

Para la construcción de un eficaz sistema de ventanilla única es imprescindible que se garantice una atención ágil y accesible. En el caso de la atención primaria social y sanitaria, la accesibilidad está garantizada gracias a su distribución territorial y visibilidad. Sin embargo, la agilidad se encuentra en serio riesgo debido a la saturación que sufren muchos de estos servicios y que, especialmente en el caso de los servicios sociales, está generando situaciones de lista de espera. En cuanto a las ventanillas únicas específicas, el principal riesgo consiste en que supongan un nuevo escalón en el camino que debe seguir la población usuaria para acceder a los servicios, con lo que pueden contribuir a complejizar aún más la realidad.

En el caso de las drogodependencias en Navarra, los centros de salud mental se constituyen en la *ventanilla única* para el acceso a los diferentes programas y recursos de tratamiento. Sin embargo, y como ya hemos analizado en el apartado 3.8.3., se trata de una de sus áreas de debilidad: insuficiente diagnóstico interdisciplinar y falta de definición de programas indicados e itinerarios de tratamiento.

4.6.2.4. Estructuras de coordinación.

Como experiencia pionera se pueden mencionar las comisiones sociosanitarias que se crearon como fruto principalmente del “Acuerdo Marco entre los Ministerios de Asuntos Sociales y Sanidad y consumo en Materia de Coordinación Socio-Sanitaria” (diciembre 1993). Así, entre los años 1994 y 1996 se pusieron en funcionamiento comisiones sociosanitarias en numerosas áreas sanitarias del entonces denominado “territorio INSALUD”. Estas comisiones estaban orientadas únicamente hacia la coordinación de la atención sociosanitaria a personas mayores y se definían como órganos interinstitucionales de valoración, asignación de recursos, planificación y seguimiento en un ámbito geográfico determinado (Alonso, 2000). A pesar de su interés como espacios comunitarios de comunicación, intercambio, toma de decisiones y aprovechamiento de sinergias entre recursos sociales y sanitarios, este tipo de comisiones de zona fueron desapareciendo paulatinamente. Su principal debilidad consistía en que adolecían de capacidad ejecutiva para gestionar casos y reordenar

recursos, por lo que acabaron limitándose (salvo algunas excepciones) a ser un foro de discusión de escasa trascendencia (MSSSI, 2011).

En los últimos años varias comunidades autónomas, a raíz de la aprobación de sus respectivos planes sociosanitarios¹³¹, han puesto en marcha comisiones o consejos de coordinación sociosanitaria¹³². Un elemento de avance, respecto a las experiencias de la década de los 90, consiste en la ampliación de su objeto de atención, que ya no se limita a las personas mayores. Este aspecto influye en que se incremente el número y la variedad de agentes implicados¹³³. Por el contrario, una limitación generalizada consiste en que las comisiones son de carácter autonómico o provincial, pero no se está logrando generalizar su funcionamiento en el nivel local, donde se podría concretar la coordinación en la gestión de casos.

En el caso específico de las drogodependencias, ya he mencionado cómo, tanto el Plan Nacional sobre Drogas como los diferentes planes autonómicos, han contemplado la coordinación como uno de sus principales ejes de contenido. Sin embargo, los resultados han sido muy desiguales. En cuanto a Navarra, en el apartado 3.8.2.1. hemos podido ver cómo las principales estructuras de coordinación establecidas por el PFD no se han mantenido. Además, tanto la coordinación interna entre los recursos de tratamiento, como la coordinación con la atención primaria de salud, los servicios sociales, o el sistema jurídico-penitenciario, figuran entre las debilidades que deben ser afrontadas.

4.6.2.5. Trabajo comunitario en red.

Según Arugete (2001), las redes *“son formas de interacción social, definidas como un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones en contextos de complejidad. Un sistema abierto y en construcción permanente que involucra a conjuntos que se identifican en las mismas necesidades y problemáticas y que se*

¹³¹ Ver X.

¹³² Podemos resaltar especialmente las experiencias de Extremadura, Castilla y León o Navarra.

¹³³ Por ejemplo, la comisión sociosanitaria de Castilla y León está conformada por: profesionales de los servicios sociales de la Gerencia Territorial, la Diputación y los municipios; centro base de atención a minusválidos; área de drogodependencias; atención primaria de salud; y atención especializada de salud (uno de ellos de salud mental).

organizan para potenciar sus recursos”. Trasladando este concepto a la atención sociosanitaria, una red sería un conjunto de entidades de naturaleza social o sanitaria, con características (jurídicas, de tamaño, de nivel de atención, etc.) variadas, que llegan a acuerdos de colaboración porque tienen necesidades y problemáticas en común.

Las principales características del trabajo comunitario en red, y que lo diferencian de otros métodos de coordinación, son las siguientes:

- Se sustenta sobre relaciones marcadas por la horizontalidad y la complementariedad entre sus integrantes. En ese sentido, surge como alternativa a otros métodos de coordinación de carácter burocrático o jerárquico.
- Se sustenta sobre relaciones flexibles y en el marco de un sistema abierto y en construcción permanente. No precisa de normativas externas, sino que son sus propios integrantes quienes van definiendo su funcionamiento y adecuándolo a las cambiantes necesidades del contexto. Asimismo, sus integrantes pueden ir variando y modificando su implicación.
- No busca homogeneizar, sino organizar la heterogeneidad, ya que es la mejor manera de lograr espacios de cooperación entre recursos y profesionales muy diferentes.

Desde este principio de flexibilidad, las funciones de una red pueden ser múltiples: compartir recursos, intercambiar servicios, compartir aprendizajes, elaborar conjuntamente alguna herramienta, realizar un diagnóstico compartido, diseñar conjuntamente un programa de intervención, o construir y desarrollar un itinerario de intervención individualizada. Asimismo, su ámbito geográfico puede ser muy variado, aunque las experiencias más extendidas corresponden a redes ubicadas en contextos locales. No obstante, también existen interesantes experiencias de redes con ámbitos geográficos más amplios y que utilizan las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como principal vía de trabajo.

4.6.2.6. Estandarización de los procesos de atención sociosanitaria.

En toda la literatura consultada emerge una gran preocupación por evitar solapamientos en la atención, prevenir desajustes en el tipo de atención prestada por cada servicio o cada profesional y minimizar los desfases temporales en la prestación de los servicios sociosanitarios. Asimismo, todos esos elementos aparecen señalados como debilidades en el análisis sobre la evolución del Plan Foral de Drogodependencias de Navarra que he realizado en el apartado 3.8. La estandarización de los procesos, definida de diferentes maneras según autoría o institución, surge como una alternativa para la prevención de esas situaciones.

Quizás el término protocolo sea el más utilizado para referirse a la estandarización de procesos. Un protocolo es el consenso al que llega un grupo de profesionales para definir cómo debe ser la secuencia de actuaciones adecuada ante una situación determinada y qué tareas le competen a cada profesional. Para que el protocolo sea eficaz debe cumplir algunos requisitos:

- Debe estar basado en la experiencia de las instituciones y profesionales que lo diseñan, pero también debe tener en cuenta los procedimientos avalados por evaluaciones e investigaciones.
- Debe establecer una pauta general de actuación que debe adaptarse a las necesidades y circunstancia de cada caso concreto.
- Debe ser objeto de revisión periódica, con el fin de adaptar continuamente su contenido a las necesidades emergentes y a los resultados de las evaluaciones.

En el Informe del Ararteko (2008) se utiliza el término itinerario de atención integrada para referirse a este mismo esfuerzo por definir y acordar las pautas de intervención ante las necesidades específicas presentadas por un determinado colectivo. Se trata de un término conocido en la literatura internacional como “*integrated care pathways*”, o también como mapa de cuidados (“*care maps*”), y que procede del ámbito sanitario. Los itinerarios de atención integrada “*se basan en directrices y conocimientos avalados por la literatura científica así como en el conocimiento y la experiencia de quienes intervienen en su diseño, para definir la secuencia más adecuada de cuidados que habitualmente convendrá aplicar a la atención de quienes presentan esas concretas*

necesidades. Estos itinerarios de atención integrada pueden incluir cuidados sanitarios y sociales, prestados desde diferentes ámbitos administrativos, y desde diferentes servicios médicos y sociales” (Ararteko, 2008). En el citado informe se mencionan, entre otras experiencias europeas, la desarrollada en Escocia, denominada “Itinerarios de atención integrada a personas con problemas de drogodependencia”. Reproduzco a continuación un párrafo en el que se presentan algunas actuaciones desarrolladas en esta experiencia. “El ejecutivo escocés ha optado por esta fórmula y promueve su aplicación en el ámbito local. En esta línea, publica guías orientadas a ayudar a la elaboración de itinerarios integrados de atención a nivel local para las personas con problemas de drogodependencia cuando presentan necesidades muy específicas: por ejemplo, su atención en estructuras hospitalarias y en estructuras psiquiátricas, su atención durante el embarazo, etc” (Ararteko, 2008).

Tres son los factores que más suelen influir en la aparición de los solapamientos, desajustes y desfases referidos al inicio de este apartado: la inexistencia de instrumentos comunes de valoración-seguimiento-evaluación, la ausencia de sistemas comunes de derivación y la diversidad de sistemas de información. Por ello este tipo de cuestiones, que hasta el momento no se encuentran muy desarrolladas, deben ser abordadas en las experiencias de estandarización o protocolización. Por su especial importancia, las describiré a continuación en apartados diferenciados.

4.6.2.7. Instrumentos comunes de valoración, seguimiento y evaluación.

A este respecto existe un amplio consenso en toda la literatura consultada, tanto institucional como de autores especializados en este ámbito (Jiménez, 2007; IMSERSO, 2005; Contel, 1999). Se insiste en la necesidad de generalizar el uso de instrumentos de valoración y evaluación estandarizados, comunes a cualquier ámbito de actuación: atención primaria, especializada y servicios sociales. También se propone un sistema único de valoración para el acceso a los servicios, utilizable desde cualquier ámbito de atención. En cuanto a las historias clínicas y sociales, el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria señala que *“deben existir al menos mecanismos que permitan relacionar los expedientes de la atención del sector sanitario y social, y*

tender al mayor acercamiento posible entre la historia clínica y la historia social de la persona” (MSSSI, 2011).

Las comisiones de coordinación sociosanitaria, o los espacios de trabajo en red entre recursos sociales y sanitarios, pueden ser el ámbito idóneo para el diseño y la revisión periódica de este tipo de instrumentos.

4.6.2.8. Sistemas comunes de derivación.

Un eficaz sistema de derivación resulta imprescindible para garantizar una buena continuidad de los cuidados y una atención integral. A ese respecto, el IMSERSO apuesta por el diseño de protocolos de derivación que hagan posible la automatización de los procesos y por la *“creación de circuitos de derivación entre los diferentes sistemas y servicios que posibiliten la continuidad en los cuidados, a través de la identificación de responsables en cada nivel de atención y el establecimiento de protocolos de derivación y otros procedimientos útiles”* (IMSERSO, 2005). En la misma línea, el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria propone el desarrollo de *“iniciativas dirigidas a elaborar herramientas que, de manera validada, permitan establecer vías formales de derivación entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales y sectores”* (MSSSI, 2011).

4.6.2.9. Sistemas de información, gestión y comunicación.

Los avances en las tecnologías de información y comunicación (TIC) han multiplicado las posibilidades que puede aportar un sistema de información y han permitido la extensión de sus funcionalidades hacia la gestión y la comunicación. El sistema de información puede ser la herramienta para que cada profesional cumplimente los instrumentos estandarizados de valoración y de evaluación, los informes comunes de derivación, o las historias clínicas y/o sociales. Gracias a toda esa información introducida, el sistema puede extraer datos estadísticos para analizar permanentemente la realidad y/o evaluar las políticas desarrolladas. Asimismo, a través del sistema se pueden compartir e intercambiar todos esos instrumentos entre profesionales e instituciones. De esta manera, se puede evitar que las personas usuarias deban

someterse continuamente a exhaustivas entrevistas de valoración cada vez que son atendidas en un nuevo servicio o por un nuevo profesional. También el sistema puede servir para que un o una profesional pueda gestionar una prestación, una derivación, o un alta.

Por todo ello, los sistemas de información pueden convertirse en una estrategia muy eficaz para el desarrollo de la atención sociosanitaria. Sin embargo, y como una expresión más de la desconexión general entre el sistema social y el sanitario, hasta ahora los sistemas de información se han ido desarrollando de manera paralela en ambos sectores, con escasas conexiones entre los mismos. Por ello, es fundamental que se diseñen puntos de conexión entre ambos. Por ejemplo: haciendo cada vez más compatible su terminología y estructura, abriendo las posibilidades de intercambio entre ambos sistemas y posibilitando la gestión común de datos.

Finalmente, resaltar algunos factores que pueden influir en el aprovechamiento de las potencialidades de los sistemas de información:

- La claridad en las normas y criterios de utilización.
- La disponibilidad de material informático y conexiones de internet adecuadas.
- La formación de los y las profesionales que usarán el sistema.
- La utilidad del sistema para sus usuarios directos. Si los y las profesionales vivencian el sistema como *“introducir datos que otras personas usarán no se sabe muy bien para qué”*- la cantidad y calidad de la información que cumplimenten posiblemente descenderá. Por ello es fundamental que, por ejemplo: puedan extraer datos estadísticos de manera autónoma sobre su propio servicio, o puedan usar el sistema no sólo para introducir información sino también para comunicarse y para gestionar.

4.6.2.10. Formación conjunta.

En numerosos informes y planes institucionales se resalta la necesidad de crear espacios de formación conjunta entre profesionales de ambos sistemas y de diferentes

disciplinas (Ararteko, 2008; IMSERSO, 2005; Gobierno de Navarra, 2000). En esta formación se debe incidir sobre cuestiones metodológicas relacionadas con la coordinación y el trabajo en equipo interdisciplinar. Además, la propia experiencia de formación conjunta puede ser muy positiva para el desarrollo de una cultura profesional favorecedora de la interdisciplinariedad y la intersectorialidad.

Asimismo, esta estrategia no debe limitarse a la formación continuada de profesionales del sector sanitario y del sector social, sino que debe incidir también sobre la formación de grado y posgrado. Por ello, es fundamental también la adaptación de los contenidos curriculares de las disciplinas implicadas en la atención sociosanitaria, incorporando contenidos comunes que desarrollen competencias y favorezcan un tipo de cultura profesional como la mencionada en el párrafo anterior.

4.6.3. Nivel de intervención.

Este tercer nivel se refiere a las estrategias que los equipos y profesionales desarrollan para garantizar la continuidad de los cuidados en un marco de intervención integral e integrada. En ese sentido, están condicionadas por el tipo de procesos de las organizaciones en las que se ubique el equipo y el o la profesional (segundo nivel) y por el marco político-institucional establecido por las estrategias estructurales (primer nivel).

Las estrategias que he seleccionado, además de permitir la continuidad de los cuidados y la intervención integral e integrada, tienen un elemento en común: todas ellas se caracterizan por priorizar las actuaciones centradas en la persona. Una de ellas, la gestión de casos, forma parte de los consensos sobre las estrategias de atención sociosanitaria recogidos en la literatura científica, mientras que las otras cuatro no aparecen mencionadas en ella, pero las propongo fundamentalmente por su enfoque basado en la proximidad. Desde esta tesis defiendo que la proximidad es fundamental para lograr una atención integral, integrada y de continuidad, como la que se propone desde la atención sociosanitaria. Las estrategias referidas son las siguientes: el acompañamiento social, que procede fundamentalmente del Trabajo Social; los

programas asertivo comunitarios, surgidos en el ámbito de la salud mental comunitaria; el apoyo entre iguales, que suele estar enmarcado en programas de promoción de la salud y desarrollo comunitario; y los programas de reducción de daños, que proceden del campo de las drogodependencias. Al margen del origen de cada una de estas estrategias, considero que pueden ser utilizadas en ámbitos temáticos o disciplinares diferentes.

Alguno de estos términos (especialmente el de gestión de casos y el de acompañamiento social) han obtenido un notable éxito y se encuentran muy presentes en la literatura científica e institucional, así como en el discurso profesional e incluso político. Como ocurre en muchos casos, cuando determinados conceptos alcanzan notoriedad, se corre el riesgo de convertir esos términos en conceptos “fetiche”, es decir, en conceptos ampliamente utilizados para mostrar que el discurso de quien lo utiliza se encuentra alineado con las orientaciones más actualizadas, pero vacíos de contenido o aludiendo a significados que poco tienen que ver con el sentido original del término. Por ello, en el desarrollo de este apartado voy a tratar de ser especialmente descriptivo en cuanto a la presentación de cada una de las estrategias del nivel de intervención. Trataré de mostrar de manera detallada su origen, significado, ámbitos de aplicación, proceso de desarrollo e, incluso, algunos riesgos que pueden presentarse en su implementación. Pretendo con ello que, más allá del atractivo de los términos, se plasme con detalle las posibilidades que presentan para el desarrollo de la atención sociosanitaria y, también, las condiciones de aplicación que se deben tener en cuenta para que realmente se aprovechen sus potencialidades.

4.6.3.1. Gestión de casos.

El concepto de gestión de casos está cada vez más presente en la legislación, los planes y las publicaciones relacionadas con la atención sociosanitaria. Esta metodología se vislumbra como una estrategia que puede resultar de utilidad para el logro de la continuidad en la atención. De acuerdo con ese concepto, ya trabajado en el apartado 4.2.2., la gestión de casos puede facilitar que la información sobre el caso fluya adecuadamente entre los diferentes servicios y profesionales que intervienen

(continuidad en la información), puede contribuir a la complementariedad entre los servicios que intervienen en el caso, previendo solapamientos, vacíos en la atención u otro tipo de disfunciones (continuidad en la gestión) y puede permitir que la persona usuaria tenga un único interlocutor en el sistema (continuidad relacional).

La gestión de casos es heredera de las corrientes que han abogado en las últimas décadas por situar a la persona como eje de las actuaciones y las organizaciones¹³⁴. Así, en sus planteamientos podemos encontrar una clara conexión con las propuestas planteadas por Mary E. Richmond a principios del Siglo XX, las posteriores aportaciones de Carl Rogers y su psicología humanista, o las más recientes propuestas vinculadas a la gestión de la calidad en las organizaciones. En el siguiente concepto, recogido en un manual publicado por el Gobierno de Chile, se observa con claridad este origen: la gestión de casos debe ser entendida como un método *“de intervención holístico, centrado en el cliente como un todo inserto en un entorno, que potencie la autonomía personal y la participación social y, sobre todo, que haga accesibles recursos coordinados que respondan a las necesidades integrales de los clientes”* (Villalobos, 2004). No obstante, no debemos olvidar que en su origen también está muy presente la búsqueda de la eficiencia en la gestión de los recursos sociales y sanitarios.

Como señala Alicia Sarabia (2007), los orígenes del concepto de gestión de casos se hallan en el Acta estadounidense de Servicios Coaligados de 1971, que reconocía la necesidad de mejorar los programas de ámbito estatal y local de los departamentos de Salud, Educación y Bienestar. Para ello se implantaron una serie de proyectos piloto, principalmente de carácter local, dirigidos a mejorar la coordinación: sistemas de información, sistemas de seguimiento, centros de servicios integrales y procedimientos de gestión de casos. En sus inicios este enfoque, orientado preferentemente hacia la mejora de la coordinación en la atención de un caso, era el preponderante. Por ejemplo, en el ámbito específico del Trabajo Social, la asociación nacional de trabajadores sociales de EE.UU. define la gestión de casos como *“un método de provisión de servicios en el que un profesional del trabajo social valora las necesidades del cliente, y de su familia cuando sea adecuado, y organiza, coordina, monitoriza, evalúa y apoya (media) un grupo de múltiples servicios para satisfacer las*

¹³⁴ Ver apartado 4.4.3.

necesidades complejas de un cliente específico...” (National association of social workers, citado por Sarabia, 2007). Sin embargo, posteriormente se han ido desarrollando otros modelos que amplían el foco de las funciones de la gestión de casos hacia la intervención directa con la persona usuaria y su entorno. Así, y tal y como señala Sarabia (2007), en Estados Unidos se ha ido configurando una tipología que define como modelo “asesor” o “administrativo” el orientado prioritariamente a garantizar la continuidad en la información y en la gestión, mientras que son denominados “modelo de fortalezas”, “PACT (*program for assertive community training*)” o “modelo de rehabilitación”¹³⁵, aquellos que se dirigen prioritariamente hacia la continuidad relacional, desarrollando procesos de intervención con la persona usuaria. Aún considerando que todos estos modelos forman parte de un mismo concepto amplio de gestión de casos, y por razones didácticas, mi propuesta consiste en reubicar el concepto de gestión de casos en su ámbito originario (la coordinación de los recursos que atienden un caso, para garantizar prioritariamente la continuidad en la información y la gestión), mientras que desarrollaré los otros modelos como estrategias diferenciadas, denominándolos “acompañamiento social” y “programas asertivo comunitarios”, según mi propuesta terminológica¹³⁶.

En el Estado Español, el concepto de gestión de casos está presente en los principales textos de referencia para la atención sociosanitaria. Así, el Informe del Ararteko la define “*como un proceso integral y sistemático de valoración, planificación, coordinación y supervisión de una diversidad de servicios, organizados para una persona usuaria –por lo general, en el marco de los cuidados de larga duración–, de carácter interdisciplinar, en cuyo marco puede combinarse la prestación de servicios de diferente naturaleza –sociales y sanitarios, por ejemplo– en diferentes ámbitos –domiciliario, comunitario o residencial–. La aplicación del proceso puede recaer en una única persona que actúa como profesional de referencia o en un equipo de profesionales con vocación y funcionamiento interdisciplinar*” (Ararteko, 2008). Por su parte, el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria (MSSSI, 2011) recoge diferentes experiencias de buenas prácticas, tanto internacionales como del Estado

¹³⁵ Sarabia (2007) traduce este modelo como “terapéutico”, aunque he preferido respetar la traducción literal del término en inglés: *rehabilitation model*.

¹³⁶ Describiré estas estrategias en los apartados próximos.

Español, que incorporan la gestión de casos como estrategia. Asimismo, el IMSERSO (2005) se refiere a la gestión de casos como una estrategia que desarrolla “*funciones de valoración, prescripción de cuidados y vínculos entre las diferentes organizaciones implicadas en la atención, los usuarios de los servicios y sus cuidadores familiares. Como tales, los equipos gestores de casos, representan potencialmente la personificación de las estrategias de coordinación*”. En el ámbito de las drogodependencias, el concepto de gestión de casos no es recogido en ninguno de los planes que he consultado, mientras que tampoco he encontrado referencias a experiencias desarrolladas en la atención a las drogodependencias.

En cuanto a la aplicación de esta metodología, lo cierto es que se observa cierta diversidad en la manera de concebirla y en los roles que se le asignan. Como ocurre en muchas ocasiones cuando un concepto logra tener éxito, su polisemia se amplía hasta límites que hacen peligrar la propia utilidad del término. En esa línea, Hunter (1988) insiste en la necesidad de evitar confundir la gestión de casos con otro tipo de procedimientos que tienen objetivos diferentes. Por ejemplo, evitar confundirla con la gestión de enfermedades, que está más relacionada con la protocolización de los procesos y procedimientos de respuesta frente a una enfermedad determinada; o con la figura de profesional de referencia en un equipo, que lo es únicamente en un servicio y no en todo el itinerario del sujeto, como ocurre en la gestión de casos; o con la figura del gestor de una organización, que está orientado hacia las necesidades del servicio y no de cada caso que se gestiona desde el mismo. También es importante tener en cuenta los riesgos inherentes a una visión excesivamente limitada de la gestión de casos. Por ejemplo, en los últimos años se han extendido diferentes experiencias en hospitales dirigidas a evitar o acortar las hospitalizaciones y a gestionar adecuadamente el proceso de traslado y retorno al medio. En otros países se han definido estas experiencias como “*care management*” e incluso como “*discharge manager*”. Desde luego que se trata de experiencias que pueden lograr objetivos de gran interés, pero lo cierto es que limitan las posibilidades de la gestión de casos al itinerario entre el hospital y la familia u otros recursos comunitarios. En nuestro país existen varias experiencias de este tipo, entre las que se pueden destacar las lideradas por las denominadas “*enfermeras gestoras de caso*” en Andalucía o Murcia.

Uno de los espacios fundamentales para el desarrollo de la gestión de casos es la atención primaria, tanto de salud como social. En el caso de la atención primaria de salud, la propia legislación lo recoge de manera clara. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, incluye este párrafo: *“La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos”* (art. 12.1). En el caso de la atención primaria de servicios sociales, la legislación no recoge de una manera explícita la gestión de casos. Sin embargo, varias leyes autonómicas contemplan la denominada figura de “profesional de referencia”, que en su descripción coincide básicamente con el concepto de gestión de casos. Por ejemplo, la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales de Navarra asigna a la figura de profesional de referencia la siguiente función: *“El profesional de referencia tendrá como función canalizar los diferentes servicios y prestaciones que necesite el usuario, asegurando la globalidad y la coordinación de todas las intervenciones”* (art. 64). No obstante, ni en la legislación social ni en la sanitaria, figura recogido con claridad que la labor de gestión de casos debe superar los límites del propio sistema respectivo.

Desde el modelo que se propone en esta tesis, la gestión de casos tiene su espacio natural en la atención primaria. De hecho, algunos autores sostienen que la gestión de casos no deja de ser una *“simple y llana atención primaria de calidad”* (Gervás, 2008). El problema consiste en que la atención primaria en nuestro país no está ejerciendo suficientemente este papel por diferentes factores inherentes a la situación del sistema: la saturación de la atención, la debilidad de los sistemas de coordinación, o la ausencia de suficientes mecanismos de coordinación entre la atención primaria de salud y la social. Ante esta realidad, el propio Gervás (2008) plantea sus dudas sobre la conveniencia de implantar equipos específicos (de gestión de casos, por ejemplo). Se pregunta si la alternativa consiste en crear una *“superestructura que intente parchear el fallo, renunciando así a su reparación”*. Continúa afirmando que *“lo primero es el impulso procoordinación, después ya se verá”*.

No obstante, la gestión de casos también puede tener cabida en la atención especializada a determinados colectivos con necesidades complejas. Lo idóneo sería que

algunas estrategias organizativas ya reseñadas en el apartado 4.6.2. (*ventanilla única* y equipos interdisciplinares externos) pudieran añadir, a las funciones de acogida, diagnóstico y derivación que ya desarrollan, otras que también son propias de la gestión de casos: coordinación y supervisión de los servicios y agentes que intervienen en el caso, continuidad relacional con la persona usuaria, o defensa de los intereses de la persona usuaria ante el sistema. Este planteamiento también serviría para el caso de las drogodependencias. De hecho, en el análisis realizado sobre la evolución del Plan Foral de Drogodependencias de Navarra hemos podido observar que una de las necesidades detectadas está vinculada precisamente con la gestión de casos: “avanzar en la coordinación y el trabajo en red, mejorando protocolos y metodologías que permitan gestionar cada caso a través del diseño de itinerarios terapéuticos que permitan una atención integral y continuada”¹³⁷.

La gestión de casos no es una profesión, ni tiene por qué estar vinculada únicamente a una disciplina. La gestión de casos es más bien una metodología¹³⁸. De hecho, el desarrollo secuencial de la gestión de casos no difiere en esencia de otros procesos de intervención social, psicosocial, socioeducativa o sociosanitaria. Es fundamental que en primer lugar se produzca una adecuada recopilación de información relacionada con todas las dimensiones del caso, lo que nos permitirá elaborar una valoración integral que identifique necesidades, problemas y fortalezas. Posteriormente se debe elaborar un plan que responda a la valoración realizada y en el que se articulen los diferentes recursos y servicios que deberán ser utilizados. En el posterior desarrollo del plan, la figura de gestión de casos debe encargarse de velar por el buen funcionamiento de los procedimientos de derivación y defender los intereses de la persona usuaria ante posibles dificultades o deficiencias. El seguimiento del caso permitirá a la figura de gestión ir readaptando la aplicación del plan a la evolución de la persona usuaria y de su entorno. Finalmente, es necesario que el plan prevea un momento para la re-valoración integral del caso (al margen del seguimiento). La re-valoración permitirá observar los resultados del plan y los cambios que se han experimentado en el sujeto y su entorno. De esa forma, se podrá valorar si es necesario definir un nuevo plan de intervención y qué factores debe tener en cuenta éste.

¹³⁷ Ver apartado 3.8.3.

¹³⁸ Aunque también es cierto que se encuentra especialmente ligada a las áreas de conocimiento, funciones y métodos característicos del Trabajo Social.

¿Cuáles son las competencias que debe desarrollar un o una profesional que vaya a aplicar la metodología de la gestión de casos? Principalmente las siguientes:

- Trabajar con fenómenos complejos.
- Conocimiento de los fenómenos sobre los que interviene (drogodependencias, o discapacidad, o dependencia, o salud mental, o...): conceptos, modelos de comprensión e intervención, metodologías, epidemiología, etc.
- Diagnosticar de una manera multidimensional, tanto al individuo atendido como a su contexto, detectando fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades.
- Negociar y mediar con numerosos interlocutores: de diferentes disciplinas, de diferentes sistemas, del ámbito público y privado, o vinculados con el apoyo formal e informal.
- Trabajo en equipo.
- Conocimiento de las redes de recursos sociales y sanitarios.
- Capacidades para la gestión burocrática.
- Conocimiento y manejo de los sistemas de información y de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).
- Manejo de los principios de la ética en la intervención social y sanitaria, con especial atención a las cuestiones relacionadas con la confidencialidad, ya que se trabajará en un contexto de manejo de informaciones sensibles entre múltiples agentes.
- Orientar y apoyar a las personas usuarias y sus familias.

Por último, es importante hacer alusión a algunos riesgos vinculados con determinados enfoques en la aplicación de la gestión de casos. En esa línea, Sarabia (2007) se refiere a tres elementos críticos:

1. El conflicto que surge entre los roles del gestor de caso como defensor de la persona usuaria y como miembro del sistema en el que trabaja, ya que en ocasiones las necesidades de las personas usuarias y las del sistema no son coincidentes. Además,

cuando estas divergencias surgen, la figura de gestión de casos no tiene la autoridad suficiente como para resolver el conflicto.

2. Una de las funciones de la gestión de casos consiste en la asignación de recursos para la atención de un caso. El conflicto reside en la capacidad de decisión que se tenga respecto al tipo de recurso, el número, la duración, la intensidad o la institución que lo debe facilitar. Si la capacidad de decisión es escasa, la figura de gestión de casos *“se convierte en lo que algunos autores denominan –suplicante-, que, en nombre de su cliente, va –mendigando-por los servicios para obtener la atención que su cliente necesita”* (Sarabia, 2007). Por el contrario, si la figura de gestión de casos goza de gran independencia respecto a la toma de decisiones, es posible que sea vivenciada como una amenaza a la autonomía de otros equipos e instituciones.
3. Como se comentaba al inicio de este apartado, es necesario tener en cuenta que la gestión de casos también ha surgido como una metodología orientada hacia el logro de una mayor eficiencia en la gestión de los recursos. El momento de crisis económica de nuestras sociedades puede influir en que se acentúe excesivamente este rol de “control de gastos”, por lo que es necesario equilibrar su *“responsabilidad respecto a la estabilidad financiera del sistema y la necesidad de proporcionar a los clientes todos los servicios que sean necesarios para promover su adecuada atención con unos estándares de calidad”* (Sarabia, 2007).

Varios autores alertan también sobre la importancia de evitar que la gestión de casos se convierta en una “tapadera” que oculte o justifique la ausencia de una suficiente inversión de recursos para el funcionamiento del sistema social y sanitario. En este sentido, Vourlekis y Greene (citados por Sarabia, 2007) afirman que, sin financiación y servicios de apoyo suficientes, la gestión de casos puede ser utilizada para proyectar una apariencia de responsabilidad en la atención, desviando la presión sobre los líderes y responsables políticos que deben generar servicios que respondan a las necesidades de la ciudadanía. Kamerman y Kahn (citados por Sarabia, 2007) insisten en la misma idea al afirmar que *“la práctica de la gestión de casos no puede usarse como sustituto de la escasez de los recursos necesarios”*. En una línea parecida, Gervás (2008) afirma que la creación de superestructuras (como los equipos específicos de gestión de casos) ocultan la falta de compromiso con la construcción de un sistema de coordinación en el sistema sanitario y, especialmente, con el fortalecimiento de la

atención primaria de salud. Para ilustrar su afirmación utiliza una metáfora muy sugerente. Plantea que, ante una fractura (las dificultades de coordinación en el sistema sanitario), lo lógico es su reparación, al menos para empezar. Pensar desde el principio en una prótesis (un equipo específico de gestión de casos, por ejemplo) parece exagerado. “*Con muchas prótesis se construye un monstruo, no se repara un fallo*” (Gervás, 2008). Asimismo, y como indicador para analizar la validez de este tipo de superestructuras, se pregunta si contribuyen a mejorar la capacidad de respuesta de los y las profesionales “naturales” del sistema sanitario o si, por el contrario, contribuyen a la dejación de responsabilidades y a la pérdida de sus conocimientos y habilidades.

Finalmente el IMSERSO (2005), valorando las experiencias desarrolladas en nuestro contexto, subraya tres cuestiones clave: la escasa capacidad de decisión en la asignación de recursos con la que cuentan estas figuras; la presión que reciben para orientar su intervención hacia la prestación de cuidados y no hacia las labores propias de la gestión de casos; la práctica totalidad de las experiencias pretenden afrontar la atención sociosanitaria, pero sus equipos están adscritos a uno de los dos sistemas, con lo que se dificultan las labores de derivación.

4.6.3.2. Acompañamiento social.

Si, como se señalaba en el apartado anterior, el concepto de gestión de casos está más presente en la legislación y los planes estratégicos de salud que en los sociales, en el caso del acompañamiento social la situación es la contraria. Una parte de las denominadas por algunos autores como “leyes de servicios sociales de segunda y tercera generación” (Arias et al., 2004; Bayarri et al., 2011), así como otros documentos de carácter estratégico en el sector, incorporan el acompañamiento social como una de las funciones esenciales de los servicios sociales. Por ejemplo, en la Ley de Navarra¹³⁹ se indica que los servicios sociales deben “*ofrecer apoyo y acompañamiento social continuado a las personas que estén en situaciones de necesidad social*”. Asimismo, en la Cartera de Servicios Sociales¹⁴⁰ se recoge el acompañamiento social como un

¹³⁹ Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre de Servicios Sociales.

¹⁴⁰ Decreto Foral 69/2008 por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de ámbito general.

servicio que debe ser prestado desde el Programa de Incorporación Social en Atención Primaria: *“Estos programas deberán, en todo caso, incluir las siguientes prestaciones: (...) el acompañamiento social en los procesos de incorporación local mediante acuerdos de incorporación social, como instrumento de compromiso entre las partes”*. En el caso de las drogodependencias, el acompañamiento social es mencionado precisamente en la fase de los tratamientos que habitualmente se encuentra más vinculada con los servicios sociales: la incorporación social. Así, la Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-16) recoge, en el apartado sobre asistencia e integración social, que los programas deben *“tener en cuenta los distintos perfiles de las personas, no sólo desde las carencias, sino, sobre todo, desde sus potencialidades y capacidades, lo que exige la diversidad y personalización en la atención, acompañamiento y tratamiento”* (PNSD, 2009). Sin embargo, en el caso específico de Navarra¹⁴¹ hemos observado que precisamente la participación de los servicios sociales en los programas de tratamiento a las drogodependencias es muy escasa, de hecho, no figura específicamente en la Cartera de Servicios Sociales.

El concepto de acompañamiento social es utilizado especialmente en el ámbito de la intervención con personas o colectivos afectados por la exclusión social. La exclusión social es un fenómeno multidimensional y diferenciado del tradicional concepto de pobreza. Si la pobreza se asocia únicamente a la falta de recursos económicos, el concepto de exclusión implica la consideración de otras muchas variables: la educación, la salud, la vivienda, los vínculos familiares y sociales, o el empleo. Desde el concepto manejado en esta tesis, se deben contemplar tres ejes de análisis para definir una situación de exclusión social (Laparra et al., 2007):

1. Eje económico. Participación en la producción y en el consumo. En este eje la exclusión estaría caracterizada por la falta de participación en la relación salarial normalizada, por la pobreza económica y por la privación.
2. Eje político. Ciudadanía política y ciudadanía social. En el primer caso la exclusión supondría la falta de presencia en espacios y organismos de representación y participación, el abstencionismo, etc. En cuanto a la ciudadanía

¹⁴¹ Ver apartados 3.8.2.2. y 3.8.3.

social, la exclusión está caracterizada por el acceso limitado a los derechos sociales básicos (salud, educación y vivienda).

3. Eje social o relacional. Lazos y relaciones sociales. En este caso la exclusión se expresa a través del aislamiento social, la falta de apoyos sociales, la integración en redes “desviadas” o la conflictividad social o familiar.

Es importante reparar también en el carácter procesual, particular y complejo de la exclusión social. Entre la inclusión y la exclusión existen diferentes fases o momentos que cada persona puede recorrer con diferentes velocidades (habitualmente pueden darse procesos evolutivos lentos, pero también pueden producirse procesos rápidos provocados por alguna situación traumática), en diferentes direcciones (en un momento vital se puede retroceder hacia la exclusión y en otros avanzar hacia la inclusión, o viceversa) y con diferentes combinaciones de factores exclusógenos (en unos casos el eje determinante puede ser el económico y en otros el político o el relacional, pero difícilmente puede surgir la exclusión a partir de un único factor). Precisamente esta caracterización de la exclusión social influye en que la gestión de casos, y especialmente el acompañamiento social, supongan estrategias muy adecuadas para el desarrollo de procesos de incorporación social. Resumiré a continuación las cuatro razones que lo explican:

- Su carácter multidimensional, por lo que es necesario realizar una intervención integral y en la que participen múltiples sistemas.
- Su carácter particular, por lo que es necesario desarrollar diagnósticos y planes de intervención individualizados.
- Su carácter procesual, por lo que es necesario que se pongan en marcha procesos de acompañamiento al individuo a lo largo de su itinerario de incorporación social.
- Su carácter complejo, por lo que, además de prestaciones que incidan sobre las necesidades económicas, de salud, educativas, laborales, o de vivienda, el individuo precisa actuaciones de apoyo y acompañamiento en su proceso de incorporación social.

Pero, ¿qué es el acompañamiento social? En primer lugar insistiré en que es una metodología que forma parte de la gestión de casos, aunque no siempre en la gestión de casos se utiliza el acompañamiento social. Siguiendo la tipología de modelos de gestión de casos utilizada en Estados Unidos, el acompañamiento social se alejaría del modelo “asesor” o “administrativo” y se aproximaría más al modelo de “fortalezas” y al de “rehabilitación”. Las principales características de estos modelos de gestión de casos son las siguientes: están muy centrados en las necesidades percibidas por la persona usuaria; desarrollan procesos personalizados de apoyo; tratan de detectar y reforzar sus fortalezas; y facilitan su acceso a los recursos comunitarios. Según la definición de Alicia Sarabia, la gestión de casos, desde el modelo de “fortalezas”, *“es una forma de ayuda personalizada dirigida a conectar a los clientes con los recursos que mejorarán su vida en el entorno comunitario, y a proporcionar el apoyo necesario para alcanzar las metas diseñadas por el cliente”* (Sarabia, 2007). En cuanto al modelo de “rehabilitación”, su principal aportación es que, *“aunque se centra en identificar y apoyar las fortalezas específicas de los clientes, también trata de identificar y evaluar los déficits en el funcionamiento del sistema que actúan como barreras para alcanzar las metas personales”* (Sarabia, 2007).

En nuestro contexto, un documento de consenso profesional elaborado por la Red de lucha contra la pobreza y la exclusión social de Navarra trató de construir un concepto integral de acompañamiento social. *“Método de intervención profesional temporal, de intensidad variable, basado en el derecho de la ciudadanía a una relación de ayuda o atención social personalizada. Partiendo de una relación proactiva y de confianza, y mediante el diseño conjunto de un itinerario individualizado de incorporación con objetivos acordes a las necesidades, debe posibilitar una oportunidad de mejora o reducción de daños. Debe estar encaminada al desarrollo de las potencialidades y capacidades de la persona y al descubrimiento y reinterpretación de la situación en clave de cambio, tomando el protagonismo del propio proyecto social”* (Zugasti, 2012).

Como se puede observar, la definición comparte muchas de las características de los modelos de “fortalezas” y de “rehabilitación”: atención social personalizada, adaptación a las necesidades percibidas por el individuo, desarrollo de potencialidades y capacidades, protagonismo del individuo. Sin embargo, no incorpora algunas

características relevantes aportadas por los modelos estadounidenses: la labor de facilitación en el acceso a los recursos comunitarios y la evaluación de los déficits en el funcionamiento del sistema. Por su parte, el concepto de acompañamiento social presentado incorpora un aspecto de gran relevancia, y es la concepción de la atención social personalizada como un derecho. En esa línea, recordemos la inclusión del concepto de acompañamiento social en algunas leyes y documentos estratégicos, como es el caso de la Ley y la Cartera de Servicios Sociales de Navarra.

Otro concepto que me parece necesario incorporar al modelo de acompañamiento social es el de proximidad (Aguilar et al., 2012), ya que se trata de desarrollar una metodología alternativa a la relación burocrática entre administración pública y ciudadanía. En el acompañamiento social se debe construir proximidad desde el primer contacto hasta el final del proceso, creando vínculos de cercanía y confianza entre la persona usuaria y el o la profesional.

En cuanto a las fases para el desarrollo de un proceso de acompañamiento social, son básicamente las mismas ya referidas para la gestión de casos, aunque con algunas peculiaridades y una fase previa de gran importancia, la acogida.

- Acogida.

La acogida es una fase que incorpora el acompañamiento social y a la que se le otorga una gran relevancia. Como señala Begoña Pérez Eransus, “*acoger es distinto de recibir la demanda, valorarla y darle recurso*” (Pérez Eransus, 2004), como desgraciadamente ocurre en muchos servicios. La acogida es una fase con entidad y objetivos propios. En ella comienza a construirse esa “*relación proactiva y de confianza*” a la que se alude en el concepto de acompañamiento social presentado, por lo que es necesario generar un clima que genere proximidad y seguridad. Asimismo, la acogida nos abre oportunidades para garantizar que la persona usuaria comprende el proceso en el que va a participar y para que el o la profesional comience a entender la globalidad de la situación con la que va a trabajar. En cuanto al espacio para la acogida, el documento de la Red Navarra señala que “*el proceso de acogida se podrá*

realizar en espacios muy diversos, no solo en el entorno de un despacho. De hecho, resulta importante planear y buscar el lugar adecuado, formal o informal, en función al caso. Dado que se puede realizar desde dispositivos variados, podrá realizarse en el entorno de un taller, de un aula, en el domicilio o, por poner otro ejemplo, incluso en una cafetería, en función al momento y a la situación concreta” (Zugasti, 2012). Asimismo, su duración podrá ser muy variable dependiendo de cada caso, por lo que puede consistir en una sesión, en una parte de una sesión, en varias sesiones, e incluso pueden mantenerse objetivos de acogida en las fases siguientes.

– Valoración integral.

En el ámbito del Trabajo Social se han producido importantes avances en la construcción de herramientas para el diagnóstico social. En primer lugar es necesario destacar el “Manual de indicadores para el diagnóstico social” (Martín et al., 1996), que plantea una serie de variables e indicadores de evaluación, así como una propuesta de tipología diagnóstica. Posteriormente, en la Comunidad Autónoma del País Vasco se han publicado otras dos herramientas diagnósticas de gran interés: “Diagnóstico social e intervención: herramienta informática para el Trabajo Social” (Gobierno Vasco, 2006) e “Instrumento técnico común de valoración de la exclusión” (Gobierno Vasco, 2012). Asimismo, y aunque creada en origen como una herramienta para la investigación social, contamos con la “Propuesta de indicadores para la detección de hogares afectados por procesos de exclusión social” (Laparra et al., 2008), que también puede ser fácilmente aplicada en el diagnóstico social de un caso. Cualquiera de estas herramientas diagnósticas puede ser utilizada en un proceso de acompañamiento social. Sin embargo, y para que realmente fuera un acompañamiento sociosanitario, sería necesario incorporar en estas herramientas un mayor espacio para el análisis de indicadores y variables de tipo sanitario.

Por otro lado, y teniendo en cuenta que el acompañamiento social contempla el protagonismo de la persona usuaria como uno de sus principios fundamentales, el codiagnóstico surge como un elemento esencial y diferenciador en esta fase. Por ello, es interesante incorporar modelos de

entrevista e instrumentos que faciliten la elaboración de autodiagnósticos por parte de las personas usuarias, para así poderlo confrontar y complementar con el diagnóstico realizado por el o la profesional. Asimismo, y teniendo en cuenta que el desarrollo de potencialidades y capacidades es otro de los principios del acompañamiento social, la identificación de las fortalezas personales y del entorno, en las que deberá apoyarse el posterior plan de acompañamiento, se convierten en uno de los objetivos fundamentales en la fase de diagnóstico.

- Elaboración del plan de acompañamiento.

El plan de acompañamiento deberá responder al diagnóstico realizado en la fase previa. En su diseño, al igual que se señaló en la fase de diagnóstico, también se tendrán en cuenta los principios de protagonismo de la persona, por lo que deberá ser diseñado de manera compartida¹⁴², y de desarrollo de potencialidades y capacidades, por lo que se tendrán en cuenta los recursos activos y potenciales de la persona y su entorno. En relación con el primero de los principios, el del protagonismo de la persona usuaria, es necesario resaltar las implicaciones éticas que conlleva su cumplimiento. Reconocer y respetar la autonomía de las personas es un requisito imprescindible para que se pueda establecer un diálogo y se evite la imposición. Como se señala en el documento ya referido de la Red de lucha contra la pobreza y la exclusión social de Navarra *“La función es acompañar, estimular la conciencia, ayudar a contrastar posibilidades, a valorar resultados y consecuencias, nunca decidir por la persona”* (Zugasti, 2012).

- Desarrollo del plan de acompañamiento.

En primer lugar es importante entender que el proceso de acompañamiento no comienza a partir del desarrollo del plan de caso, sino que se inicia desde la acogida. De esta forma, pueden comenzar a cumplirse objetivos en fases previas. Así, en la fase de acogida se abren oportunidades para

¹⁴² Incluso podríamos hablar, más que de plan de caso, de contrato o acuerdo entre la persona usuaria y el o la profesional.

el entrenamiento en la construcción de relaciones asertivas y de confianza, en la fase de diagnóstico se puede lograr que la persona usuaria comprenda mejor su situación, sus dificultades, sus necesidades, sus fortalezas, etc., mientras que en la fase de diseño del plan se puede facilitar que se haga cargo de su propio desarrollo, al participar activamente en el diseño de su itinerario.

Como señala Begoña Pérez Eransus, es importante que entendamos la diferencia entre un plan de seguimiento y un plan de acompañamiento. *“La idea del seguimiento evoca una relación en la que la persona usuaria es un objeto paciente, sometido a una observación periódica por parte de un profesional. Es el profesional quien sigue, observa, vigila y controla a la persona usuaria”* (Pérez Eransus, 2004). Sin embargo, en el caso del acompañamiento es la persona usuaria quien debe encabezar su propia estrategia, pero contando con el apoyo de un o una profesional que se haya ganado su confianza, que esté a su lado (pero no delante), que esté y se muestre disponible y próximo, que conozca y confíe en sus potencialidades (y que se las recuerde). Conchita Corera refleja de manera muy clara todos estos elementos, que componen la esencia del acompañamiento social, cuando dice que

“Es mirar de otra manera a la persona y a su historia para que también ella pueda verse de otra forma. Es creer en sus potencialidades, ayudarle a tomar conciencia y a desarrollarse sea cual sea su estado actual.

Si tuviéramos que resumir qué es lo que necesitan muchas de las personas avocadas a la exclusión y marginación, con itinerarios personales erráticos, sin horizontes claros, habría que decir que necesitan otros estímulos, nuevos conocimientos, pero también nuevas oportunidades, nuevas disponibilidades a su alrededor. Una pedagogía social hecha de pacto y confianza. Necesitan acompañamiento. Sus itinerarios necesitan compañía...

Las personas instaladas en una situación de gran fragilidad social construirán itinerarios, seguirán procesos, en la medida en que alguien les acompañe durante un cierto trecho, esté cerca, al menos en los inicios. Las personas han de tener claro que, junto con otros apoyos, tendrán a su alcance profesionales que les dedicarán tiempo y esfuerzos

de manera personalizada. Se trata de ayudar a elaborar un proyecto personal de incorporación y ganarnos la ascendencia profesional para poder acompañarlo” (Corera, citada por Pérez Eransus, 2004).

El acompañamiento social también supone una labor de mediación dirigida a lograr que la persona usuaria refuerce su red de apoyo social. Este trabajo puede ir dirigido a fortalecer tanto la red primaria, conformada por familiares, amistades y vecindario, como la red secundaria, constituida por las asociaciones comunitarias y las relaciones laborales-educativas, o la red institucional, constituida por el sistema de recursos sanitarios, educativos, sociales, etc. En la medida que la persona usuaria logre establecer sólidas relaciones con sus redes, el acompañamiento social se irá haciendo menos necesario.

Finalmente, es necesario resaltar que el acompañamiento social no es un proceso lineal que concluye siempre en la inclusión social plena o en la “curación”. El proceso de las personas con las que se desarrolla el acompañamiento social, como todo proceso vital, conlleva evoluciones e involuciones, progresos rápidos y lentos, e incluso estancamientos. El acompañamiento debe producirse en todos esos momentos, para reforzar los avances, para contener o para confrontar los retrocesos, para analizar los estancamientos y para aprender de las involuciones.

- Evaluación y cierre.

Como se recoge en la definición de acompañamiento social aportada, este método de intervención social debe contar con una temporalización definida. Su puesta en marcha supone el desarrollo de un itinerario que pretende lograr mejoras o reducir daños. Es importante que este proceso esté temporalizado y cuente con una fase de cierre. De otra manera podrían surgir riesgos, como es la dependencia entre la persona usuaria y el o la profesional. Pero ¿qué intensidad y duración debe tener un plan de acompañamiento social? En el documento de la Red de lucha contra la pobreza y la exclusión social de

Navarra se afirma que *“se debe situar como norma entre el mínimo de los 4 meses y el máximo de los 2 años, teniendo en cuenta posibles entradas y salidas en función del momento vital de la persona y dado que no se trata de un proceso lineal... No obstante, no se considera un proceso en clave de acompañamiento si no supone un mínimo de un contacto quincenal”* (Zugasti, 2012).

El riesgo de dependencia mencionado puede surgir en cualquier tipo de relación persona usuaria-profesional. Sin embargo, en el caso del acompañamiento social el riesgo es mayor, debido precisamente a algunas características de esta metodología ya mencionadas: relación de ayuda personalizada, relación de proximidad y confianza, disponibilidad del o de la profesional, intensidad y duración de la relación, etc. Por todo ello, la fase de cierre es fundamental. Esta fase debe ser preparada ya desde la acogida, donde es necesario explicar a la persona usuaria que el proceso de acompañamiento social tiene una temporalización limitada. Además de éste, debemos tener en cuenta otros criterios para evitar que la persona se sienta abandonada al finalizar el plan de acompañamiento social: que el cierre sea progresivo, pudiendo espaciar más los últimos contactos; que se plantee una fase de seguimiento posterior; que se planifique alguna sesión en la que se pueda evaluar conjuntamente todo el proceso, se destaquen los avances experimentados por la persona usuaria y se recuerden los puntos de apoyo de la red primaria, secundaria e institucional con los que cuenta. Asimismo, vuelvo a recordar que el cierre no implica que se haya logrado la incorporación social o la “curación” total de la persona, pero es importante que se le ponga un final para poder valorar, si es necesario, la puesta en marcha de otras estrategias.

En cuanto a las competencias que debe desarrollar un o una profesional que vaya a aplicar la metodología del acompañamiento social, son las mismas ya referidas en el apartado sobre la gestión de casos. No obstante, y teniendo en cuenta las características de esta metodología, son especialmente importantes las competencias vinculadas a la relación de ayuda. En el documento de la Red de lucha contra la pobreza y la exclusión social de Navarra (Zugasti, 2012) se plantea que una competencia profesional clave debe ser la capacidad para relacionarse de forma eficaz. Para ello, y según el mismo

documento, es necesario desarrollar: claridad y transparencia; asertividad; empatía y capacidad de escucha; confianza y seguridad; y autenticidad.

En cuanto a los elementos críticos y los riesgos del acompañamiento social, debemos remitirnos también a los ya señalados en el apartado sobre la gestión de casos. No obstante, es necesario subrayar específicamente tres de ellos:

- ✓ La metodología de acompañamiento social no puede ser entendida como una manera de compensar o sustituir la escasez de prestaciones o de recursos de apoyo. Más bien al contrario, el acompañamiento social alcanza su verdadera utilidad en el contexto de un adecuado sistema de protección y garantía de derechos sociales.
- ✓ La mayor parte de los equipos y profesionales que practican, o que al menos están familiarizados con el acompañamiento social, están adscritos a recursos e instituciones del ámbito social. En ese sentido, su utilidad para el desarrollo de la atención sociosanitaria puede verse limitada si no se ponen en marcha otras estrategias paralelas de nivel estratégico u organizativo que favorezcan la coordinación sociosanitaria.
- ✓ Finalmente, no debemos olvidar que la situación de muchos recursos y equipos no es la idónea para el desarrollo del acompañamiento social, como se nos recuerda en un reciente artículo sobre los servicios sociales. *“En muchos casos, la fuerte demanda de los servicios, su volumen de trabajo, la falta de profesionales y la rigidez de horarios impiden el correcto desarrollo de acciones de acompañamiento”* (Aguilar et al., 2012).

4.6.3.3. Programas Asertivo Comunitarios.

Los programas asertivo comunitarios (PAC, en adelante) forman parte de la tipología de modelos de gestión de casos referida desde el inicio de este apartado sobre estrategias de intervención para el desarrollo de la atención sociosanitaria. Como iremos viendo, guarda muchas similitudes con los modelos de “fortalezas” y “terapéutico”. Asimismo, guarda una estrecha relación con el acompañamiento social, aunque su

contexto de nacimiento es diferente. El origen y desarrollo del acompañamiento social se sitúa en el ámbito de la exclusión social, por lo que se trata de una metodología empleada fundamentalmente por profesionales del ámbito social. Sin embargo, los PAC surgieron en el contexto de la intervención con personas afectadas por trastornos mentales graves¹⁴³, por lo que han sido desarrollados mayoritariamente desde el sistema sanitario.

Los PAC comenzaron a desarrollarse en la década de los años 70 en Estados Unidos, sobre la base del “*Training for Community Living*” que Stein, Marx y Test pusieron en marcha en el *Mendota Mental Health Institute* del Hospital Público de Madison en el Condado de Dane (Wisconsin). En Europa, las experiencias más consolidadas se encuentran en Inglaterra, donde actualmente existen alrededor de 300 PAC activos, y Holanda, donde se desarrolla el programa FACT. En el caso del Estado Español, los programas asertivo comunitarios no están aún recogidos en los documentos estratégicos que regulan la salud mental, ni en las carteras de servicios, ni aún menos en los planes o programas específicos sobre drogodependencias. Por ello, las experiencias existentes son aisladas y muy dependientes de las coyunturas económicas y políticas de su contexto. Se pueden resaltar algunas experiencias en la Comunidad de Madrid (especialmente con personas sin hogar afectadas por trastornos mentales graves), en Cataluña, Galicia, Castilla-La Mancha, Canarias y, recientemente, la elaboración de un Documento Marco sobre los PAC por parte de la Junta de Andalucía (Servicio Andaluz de Salud, 2010). Sin embargo, la experiencia más consolidada es la iniciada en el año 1999 por parte del Centro de Salud Mental de Avilés (Martínez y Peñuelas, 2007). En ningún caso se trata de experiencias específicas de atención a las drogodependencias, aunque uno de los sectores con los que se trabaja en todas estas experiencias está conformado por personas con patología dual, es decir, afectadas por dependencia a drogas y trastorno mental grave.

Los PAC nacieron inspirados en los postulados de la psiquiatría comunitaria y como respuesta a algunas problemáticas generadas a partir de la desinstitutionalización

¹⁴³ Según el concepto que cuenta con mayor consenso en la bibliografía (NIMH, 1987), para definir una patología mental como trastorno mental grave es preciso tener en cuenta tres dimensiones: diagnóstico clínico (incluye los trastornos psicóticos no orgánicos y algunos trastornos de la personalidad), duración de la enfermedad (superior a dos años) y nivel de discapacidad social, familiar y laboral moderada o severa (medida a través del *Global Assessment of Functioning*).

psiquiátrica, que libró a muchas personas de un nefasto porvenir de reclusión manicomial, pero que en muchos casos no evitó que su vida en la comunidad estuviera marcada por el aislamiento, la falta de autonomía y la deficiente calidad de vida. En la actualidad, y en nuestro contexto, estas problemáticas permanecen, e incluso se han agudizado en algunos casos. Así, aunque la red de recursos haya sido fortalecida en relación con el número de profesionales y la variedad en la oferta de recursos, algunas características de su funcionamiento influyen en que precisamente las personas con afecciones más graves¹⁴⁴ tengan dificultades de acceso y no encuentren respuestas suficientemente adaptadas¹⁴⁵:

- La fragmentación de la atención, ya referida en muchos apartados de esta tesis, y las debilidades en la coordinación entre los diferentes recursos implicados en la atención a los trastornos mentales graves.
- El enfoque asistencial de los centros de salud mental que, junto a la saturación en la atención y la insuficiente dotación de profesionales, hacen que el trabajo comunitario sea prácticamente inexistente, escaseando las intervenciones sobre la red sociofamiliar de los y las pacientes y siendo prácticamente inexistentes las atenciones domiciliarias.
- El enfoque *farmacocéntrico* y la orientación de la atención hacia los síntomas, que incide en una escasa atención psicosocial, especialmente a los y las pacientes más graves.

Mariano Hernández Monsalve, añade otros factores que también explican los déficits en la atención a este tipo de pacientes. En este caso están más vinculados con las actitudes de los y las profesionales:

- *“El desplazamiento del interés de muchos de estos nuevos servicios hacia pacientes menos graves, pero muy demandantes de servicios, quedando desplazados los pacientes más graves, pero desinteresados de la atención ofertada en los nuevos centros.*

¹⁴⁴ Entre ellas, muchas personas con patología dual.

¹⁴⁵ Como veremos, se trata de dificultades muy similares a las recogidas en el análisis de la evolución del Plan Foral sobre Drogodependencias de Navarra, realizado en el apartado 3.8.

- *La actitud -no intervencionista-, falta de -asertividad-, de los nuevos servicios en el seguimiento de esos pacientes más graves, pero desinteresados, renunciando a toda intervención que no fuera solicitada activamente por el interesado.*
- *El desinterés de muchos profesionales por la atención comunitaria a los pacientes más graves, prefiriendo dedicar el esfuerzo a pacientes menos disruptivos y clínicamente -más agradecidos-” (Hernández, 2003).*

Como alternativa a esta situación, que como ya he referido es muy coincidente con lo señalado para el caso de las drogodependencias en Navarra¹⁴⁶, los PAC proponen una metodología de actuación basada en una serie de principios que, como veremos, son coherentes con los propios del acompañamiento social y la gestión de casos en general:

- Proactividad.

Al igual que en el acompañamiento social, la idea de proximidad es nuclear en los PAC, pero en este caso se trata de construir la proximidad de una manera activa. Es necesario “ir a buscar” a las personas en dificultad allá donde se encuentren. Esta idea de la proximidad conecta con la proactividad, en el sentido de anticiparse a la demanda sin esperar a que sea explícita (Aguilar et al., 2012).

Los PAC surgen precisamente para tratar de asegurar la continuidad de cuidados en las personas con trastorno mental grave que, por razones psicopatológicas, sociales, o por la complejidad de la red asistencial, abandonan los tratamientos o ni siquiera llegan a iniciarlos. Para ello, y como alternativa a la tradicional actitud reactiva de un sector de profesionales, evitan esperar a que se produzca una demanda explícita para intervenir. Así, el equipo busca la detección activa de las necesidades de las personas afectadas y promueve la construcción de soluciones accesibles y próximas, es decir, relacionadas con las necesidades percibidas. En los PAC, la motivación hacia el tratamiento no es un requisito de inicio (puesto que

¹⁴⁶ Ver apartado 3.8.

puede ser un objetivo del equipo, pero no una necesidad percibida inicialmente por el o la paciente), sino que es un objetivo intermedio que puede ser alcanzado a lo largo de un proceso de intervención en el que se comience a trabajar desde otros objetivos no vinculados directamente con la psicopatología (pero percibidos como necesidades por el o la paciente).

- Trabajo en el propio medio de las personas usuarias.

Este segundo principio también es característico y diferenciador de los PAC. Desde la construcción activa de la proximidad, estos programas promueven la aproximación al medio “del otro”, promueven trabajar “en su terreno”. Esta búsqueda de soluciones en el medio natural de las personas usuarias (en su domicilio, en las calles de su barrio, en una cafetería de su municipio, etc.) supone un valor añadido respecto a las modalidades tradicionales de atención, ya que:

- ✓ Facilita la accesibilidad del servicio para la persona usuaria.
- ✓ Permite que el equipo acceda a las situaciones y elementos propios del contexto en el que se desenvuelve la persona usuaria, con lo que puede mejorar su conocimiento y comprensión del caso.
- ✓ La persona usuaria puede “ensayar” “en vivo” las habilidades que trabaje con el equipo, y el equipo puede observar (también “en vivo”) la evolución del caso.
- ✓ Se pueden generar relaciones de mayor proximidad entre la persona usuaria y el equipo.

- Atención integral e individualizada.

Los PAC comparten este principio con el resto de modelos de gestión de casos. En cuanto a la atención integral, estos programas van más allá de lo meramente biológico o de la atención al síntoma, tratando de abordar variables más complejas y multidimensionales como la integración social o

la calidad de vida. Respecto a la atención individualizada, los PAC también son herederos de los enfoques que han tratado de situar el punto de vista y las necesidades percibidas por el sujeto como eje central de la intervención. Asimismo, evitan la generación de relaciones jerárquicas entre equipo y personas usuarias, fomentando que los y las pacientes sean parte activa en el diagnóstico de necesidades, en la delimitación de objetivos, en la puesta en marcha de los planes de atención y en la evaluación de los mismos.

– Empoderamiento.

En línea con los planteamientos del modelo de gestión de casos denominado de “fortalezas”, los PAC tratan de identificar los recursos que la persona (y su entorno más cercano) posee, para recuperarlos, reforzarlos o complementarlos. En esa línea, los PAC incorporan en su funcionamiento el concepto de empoderamiento¹⁴⁷. Este concepto ha sido aportado por los movimientos en defensa de los derechos humanos, y entre ellos significativamente por el movimiento feminista. Plantea que todo grupo oprimido, y/o desautorizado socialmente (como puede ser el caso de las personas con trastorno mental grave), precisa fortalecer sus recursos y sentir que posee capacidades para impulsar cambios positivos en su vida. Es importante tener presente que, según este enfoque del empoderamiento, nadie puede empoderar a nadie, sino que cada persona se empodera finalmente a sí misma. No obstante, y para que esto ocurra, el sujeto precisa espacios de seguridad y respeto, así como personas que le acompañen en su proceso y confíen en su capacidad para empoderarse.

– Acompañamiento.

Los PAC pueden apoyar a los y las pacientes en sus necesidades básicas (alimentación, alojamiento, atención médica general, etc.), favorecer que adquieran habilidades para la vida cotidiana (uso del transporte público, manejo de presupuestos, tareas domésticas, etc.) o facilitar su adherencia a

¹⁴⁷ La palabra empoderamiento procede del inglés *empowerment* y significa “facultarse”, “habilitarse”, “autorizarse”.

los tratamientos. Sin embargo, su impacto va más allá de las prestaciones materiales o de los aprendizajes, ya que persiguen que la persona usuaria sienta que se le acompaña, que no se le ha abandonado, que no se le ha dejado solo. Como decía al referirme al empoderamiento, la presencia de un equipo próximo a la cotidianeidad del sujeto y que confía en su capacidad de superación, se constituye en un importante acicate.

Además de estos principios generales, me referiré a las principales características que poseen los PAC. Para esta descripción, y entre otras fuentes, he utilizado fundamentalmente el amplio análisis documental realizado para la elaboración del Documento Marco para el desarrollo de los PAC en Andalucía (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

- Perfil de pacientes.

Como ya ha sido señalado, los PAC se han dirigido hasta el momento a personas con trastorno mental grave. Sin embargo, y según las evaluaciones realizadas, no son efectivos para la totalidad de este tipo de pacientes. Los PAC optimizan sus resultados cuando se circunscriben a la actuación sobre pacientes más complejos que requieren hospitalizaciones frecuentes y que no pueden ser abordados de manera eficaz por las unidades de salud mental comunitarias. A modo de ejemplo, describiré a continuación los criterios de admisión recogidos en el Documento Marco para el desarrollo de los PAC en Andalucía:

Además de padecer un trastorno mental grave y tener una edad comprendida entre los 18 y los 60 años, deben darse al menos dos de las siguientes circunstancias:

“Estar desvinculados o en riesgo de desvinculación de los servicios de salud mental.

Presentar dificultades importantes para su reinserción social y no tener garantizada la cobertura de sus necesidades más básicas: alimentación, alojamiento y asistencia sanitaria.

Requerir de apoyo continuado para hacer uso de los recursos y prestaciones a que tienen derecho.

Presentar una mala adherencia a los tratamientos prescritos, lo que provoca ingresos continuados en el tiempo (pacientes de «puerta giratoria»).

Presentar una evolución tórpida del trastorno, con numerosos déficits que dificultan la adaptación a la vida comunitaria y no contar con apoyo socio-familiar o que éste sea desfavorable.

No presentar diagnóstico primario de trastorno de personalidad. En la literatura científica se señala de manera consistente que en este perfil la intervención es claramente ineficaz e incluso iatrogénica” (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

- Equipo interdisciplinar.

Otro de los elementos que distinguen a los PAC, frente al acompañamiento social, es la importancia que en este caso se le otorga al trabajo en equipo. La complejidad de los casos, y el enfoque de intervención integral desarrollado, exigen que el equipo de trabajo deba construir una visión amplia de los problemas y las necesidades de la persona afectada, para poder generar soluciones creativas e integradas. Para ello, el equipo debe ser multidisciplinar en su composición e interdisciplinar en su funcionamiento, es decir, debe ser más que la suma de las aportaciones de cada miembro por separado. En ese sentido, las dinámicas de trabajo deben ser horizontales y en red, buscando que las aportaciones de cada miembro del equipo contribuyan al objetivo común, sin valorar de qué disciplina proceden.

Los perfiles básicos incorporados en los equipos PAC suelen ser los siguientes: psiquiatra, enfermera-o, auxiliar de clínica y trabajador-a social. En algunos casos también se incorpora la figura de psicóloga-o, de terapeuta ocupacional y de auxiliar administrativo.

En el modelo original, los PAC son gestionados por equipos interdisciplinares dedicados en exclusiva al Programa, y ésta es desde luego la

Estrategias para la mejora de la atención sociosanitaria. El caso de las drogodependencias en Navarra (1993-2009) 301

opción idónea para garantizar los criterios de proximidad, integralidad e individualización defendidos desde este modelo. Sin embargo, también han surgido otras experiencias en las que los equipos están compuestos por profesionales de la red de salud mental que actúan “liberados” parcialmente de su trabajo asistencial tradicional para dedicar parte de su jornada a labores asertivo-comunitarias. Esta modalidad puede ser una buena estrategia para iniciar la extensión de este tipo de metodologías, o para zonas en las que exista un número reducido de casos, pero también conlleva riesgos: dificultades para la coordinación del equipo, riesgo de sobrecarga asistencial y dificultades para ofrecer la atención flexible y rápida que exige esta metodología.

- Asunción completa del caso.

Este es otro de los rasgos diferenciadores de los PAC. Si en otros modelos de gestión de casos se trata, prioritariamente, de acompañar a la persona usuaria en un itinerario de atenciones prestadas por diferentes recursos, en los PAC el tratamiento del caso es asumido enteramente por parte del equipo asertivo comunitario. Esta orientación garantiza la continuidad de la atención y la integralidad, pero conlleva un importante riesgo: segregar a estos pacientes de las redes normalizadas de atención. Por ello, en la bibliografía actual (Servicio Andaluz de Salud, 2010) se sostiene que los PAC deben reforzar la coordinación y colaboración con los diferentes recursos socio-sanitarios, para constituirse en “puentes” que faciliten, siempre que sea posible, la participación de sus pacientes en los recursos normalizados.

- Prestación continuada del servicio.

En la experiencia original del *Mendota Mental Health Institute* se ofrecía una atención de 24 horas los 365 días del año. Sin embargo, y por razones de sostenibilidad económica, muchas experiencias posteriores han eliminado la atención nocturna y en fin de semana, aunque los horarios de atención siguen siendo amplios para poder garantizar un servicio ágil.

- Baja ratio de pacientes.

Para que se pueda lograr una labor de acompañamiento y de atención integral e individualizada a pacientes de alta complejidad, la ratio de pacientes debe ser reducida. En la bibliografía especializada (Servicio Andaluz de Salud, 2010) se sugiere una ratio de 1:10.

- Intensidad de la intervención.

La frecuencia de contactos del equipo con cada persona usuaria debe ser mucho más elevada que la existente en los centros tradicionales de tratamiento, e incluso mayor que la señalada al hablar del modelo de acompañamiento social. En la bibliografía especializada (Servicio Andaluz de Salud, 2010) se señala que deben producirse, como mínimo, tres contactos semanales.

En la experiencia holandesa (Servicio Andaluz de Salud, 2010) se diferencia la intensidad de la intervención según el tipo de paciente. Aquellos enmarcados en el grupo de baja-media exigencia (aproximadamente el 80% de las personas tratadas) son atendidos en su domicilio entre 2 y 4 veces al mes, mientras que mantienen citas con sus terapeutas en su centro de referencia. Las personas enmarcadas en el grupo de alta exigencia (20% restante) son atendidos en el domicilio con una mayor frecuencia.

- Duración de la intervención.

En las experiencias originales se contemplaba una duración ilimitada de la estancia en este tipo de programas. En la actualidad se incorporan algunos criterios que, aunque con flexibilidad, permitan regular esta importante cuestión.

- ✓ En cuanto a la duración mínima, y teniendo en cuenta el complejo perfil de las personas usuarias, se recomienda que se sitúe en torno a los 3 años.
- ✓ Si pasados esos 3 años se considera que la persona usuaria continúa necesitando beneficiarse de un programa de este tipo, se mantiene a la

persona en el programa hasta que, tras la oportuna revisión, se considere su alta.

- ✓ Cuando el equipo valora que una persona ha cumplido sus objetivos, se recomienda el establecimiento de un periodo posterior de transición y seguimiento. En este periodo, que habitualmente tiene 1 año de duración, se va reduciendo la intensidad de la intervención desde el PAC, a la vez que se facilita la paulatina adherencia de la persona usuaria al nuevo dispositivo de tratamiento.

- Competencias profesionales.

Las competencias que debe desarrollar un o una profesional que vaya a participar en el desarrollo de un PAC son las mismas ya referidas en los apartados sobre gestión de casos y acompañamiento social. No obstante, resaltaré a continuación algunos elementos que son especialmente relevantes en esta metodología:

- ✓ Estilo no confrontador de relación con las personas usuarias. Es especialmente importante teniendo en cuenta que una de las prioridades de los PAC consiste en mantener el contacto con la persona usuaria para que no se produzcan rupturas en la continuidad de los cuidados.
- ✓ Comprensión del modelo e identificación con sus principios. Es fundamental para que realmente se comprometan con el trabajo.
- ✓ Trabajo en equipo. Es una de las competencias más relevantes en los PAC. Como señala Mariano Hernández Monsalve, *“las posturas individuales han de ser relegadas sobre la base de un planteamiento común del caso. Cada profesional ha de estar constantemente redefiniendo su visión del problema, integrando las informaciones y argumentos que postulan los demás. El éxito del trabajo no va depender de la acertada intervención de una de las personas integrantes del equipo, sino de que realmente se haya producido una adecuada planificación de las intervenciones y de que todo el equipo actúe de manera coordinada”* (Hernández, 2010).

- ✓ Competencia intercultural¹⁴⁸, principalmente en el sentido de ser respetuoso y tener capacidad para identificar los factores culturales e interactuar eficazmente con personas que poseen diferentes cosmovisiones.
- ✓ Santos et al. (1991) resumen de la siguiente manera las cualidades personales e interpersonales que deben reunir los y las profesionales de los PAC: *“alto nivel de compromiso con los pacientes y familiares para trabajar en la solución de sus problemas; capacidad para identificar y focalizar los aspectos más fuertes de cada familia; alto nivel de preparación intelectual y muchísimo sentido común; flexibilidad social e interpersonal; experiencia del mundo real y de la vida en la calle; y confianza en sí mismo/a”*.

- Fases de intervención.

Son las propias de cualquier proceso de intervención socio-terapéutico. En ese sentido, me remito a las ya planteadas en el apartado sobre acompañamiento social.

En cuanto a los elementos críticos y los riesgos de esta metodología, surgen especialmente dos:

1. En primer lugar, la literatura especializada alude a la paradoja que representan este tipo de programas. Por un lado aspiran a favorecer la autonomía y el empoderamiento de las personas usuarias pero, por otro lado, su población diana está compuesta por personas que no sienten ninguna necesidad de recibir tratamiento. En el seno de esta paradoja surgen diferentes problemas éticos. *“En su versión más radical, algunos trabajos (Gomory 2001; Spindel y Nugent, 2000; Gomory, 1999) plantean, abiertamente, que el tratamiento asertivo comunitario es paternalista y coercitivo por naturaleza. Argumentan que en buena parte de los casos estos equipos actúan con poca legitimidad a nivel asistencial (basándose en*

¹⁴⁸ Desarrollaré este concepto en el apartado 5.2.

sobrestimaciones del riesgo potencial que implicaría la no actuación para la persona afectada o su entorno) y sin tener ningún soporte de tipo legal que lo justifique. El resultado es que el equipo de tratamiento asertivo comunitario entra en las vidas de las personas que trata, limitando su autonomía, capacidad de decisión y privacidad, por lo que la intervención se configura, en realidad, como una forma de control social que termina por imponer un modelo biomédico opresivo” (Servicio Andaluz de Salud, 2010). Sin embargo, las evaluaciones disponibles reflejan que ésta no es la visión de las personas atendidas. Las personas usuarias de estos programas no los perciben como especialmente coercitivos y los valoran mejor que las intervenciones tradicionales. Dicen sentirse más reconocidas por los y las profesionales de los PAC y afirman poder establecer relaciones terapéuticas más estrechas (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

2. En segundo lugar, se señala el riesgo de “queme” que afecta a los y las profesionales de los PAC, ya que tienen que afrontar situaciones muy complejas y en contextos que exigen gran flexibilidad y compromiso. Por ello, es importante implementar algunas medidas que lo prevengan: aportar un fuerte respaldo institucional a estos programas, que se traduzca en un funcionamiento estable; cuidar adecuadamente la selección de personal; aportar formación y supervisión educativa permanente a los equipos.

Como hemos podido observar, tanto la fundamentación de los PAC, como sus principios y características, son perfectamente aplicables para la atención a determinados perfiles de personas drogodependientes (especialmente las afectadas por patologías duales). En el caso de Navarra, los PAC podrían servir para mejorar la atención al grupo de personas drogodependientes en procesos de mayor cronificación, con las que la actuación (en la mayor parte de los casos) se está limitando actualmente a un seguimiento muy poco intenso y de carácter marcadamente biomédico.

4.6.3.4. Apoyo entre iguales.

El apoyo entre iguales busca hacer intencional y planificado lo que de manera natural e informal se produce en todo grupo, colectivo o comunidad, es decir, las dinámicas de influencia y ayuda mutua entre sus miembros. Como iremos viendo a lo largo de este apartado, la incorporación del apoyo entre iguales dentro de los procesos de atención sociosanitaria puede mejorar el acceso a la población diana (especialmente a la que sufre situaciones más complejas) e incrementar el carácter integral de las intervenciones.

Una de las principales potencialidades del apoyo entre iguales es su capacidad para generar proximidad. En este caso, y siguiendo la tipología planteada por Aguilar et al. (2012), se trata de un tipo de proximidad “existencial”, fundamentada en la capacidad para generar empatía, confianza y adaptación que aporta el que la persona que apoya y la apoyada tengan o hayan tenido características, vivencias y dificultades comunes. A partir de la generación de este tipo de proximidad, el apoyo entre iguales puede ser capaz de influir en la adquisición de nuevos conocimientos, en la modificación de actitudes y en el fortalecimiento o la creación de nuevas capacidades.

Varios modelos teóricos avalan la capacidad del apoyo entre iguales para generar cambios.

- La Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977):

Según este modelo teórico, la conducta de un individuo o grupo modelo actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo. Asimismo, la Teoría del aprendizaje social sostiene que, cuanto más afectivamente próximo sea ese modelo, más posibilidades de influencia tendrá.

A partir de esta teoría también surge el concepto de percepción de autoeficacia. Según este concepto, si el individuo o grupo percibe que podría ser capaz de realizar el cambio que se le propone, existirán más posibilidades de que

lo adopte. En este sentido, si observa que “un igual” lo ha hecho, será más fácil que se perciba autoeficaz.

- La Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980):

Esta teoría subraya la influencia que la percepción sobre las creencias sociales del entorno tiene en los cambios de comportamiento. Así, si una persona o grupo cree que su entorno significativo (por ejemplo, sus iguales) tiene una opinión positiva en cuanto a un comportamiento, entonces es más probable que lo adopte.

- La Teoría de la difusión de la innovación (Rogers, 1995):

En una comunidad no todos los individuos adoptan una innovación al mismo tiempo. Rogers establece cinco categorías: los innovadores, los primeros adoptantes, la mayoría precoz, la mayoría rezagada y los tradicionales. Plantea que el canal más rápido para la difusión de las innovaciones son las relaciones informales. Dentro de ellas, destaca el papel de las personas influyentes en una comunidad, que pueden actuar como agentes de cambio difundiendo la innovación y adaptándola a su propia comunidad.

- La Teoría de la educación participativa (Freire, 1983):

Según el modelo pedagógico propuesto por Freire, para lograr el desarrollo de una comunidad, se debe promover la participación consciente de la población en el planeamiento y ejecución de programas de beneficio mutuo. Nunca se podrá lograr un verdadero cambio si no es a través de la plena participación de las personas interesadas.

El apoyo entre iguales es un concepto “paraguas” que recoge muy diferentes enfoques, metodologías y estrategias. Describiré a continuación las características de las principales formas de organizar el apoyo entre iguales.

○ **Los grupos de ayuda mutua.**

Los grupos de ayuda mutua suponen la modalidad de apoyo entre iguales más extendida y reconocida social y profesionalmente. Surgió como movimiento a principios del Siglo XX en Estados Unidos, impulsado fundamentalmente por la experiencia del programa “Alcohólicos Anónimos”. Posteriormente fueron surgiendo experiencias de autoayuda orientadas hacia otras enfermedades y problemáticas sociales.

Katz y Bender plantearon en el año 1976 una definición de los grupos de ayuda mutua, que posteriormente fue asumida por la Organización Mundial de la Salud.

“Los grupos de ayuda mutua son grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar un handicap común o problemas que trastornan la vida cotidiana, y conseguir cambios sociales y/o personales deseados. Los iniciadores y miembros de estos grupos perciben que sus necesidades no son o no pueden ser satisfechas por las instituciones sociales existentes. Los grupos de ayuda mutua enfatizan la interacción social cara a cara y la responsabilidad personal de sus miembros. Con frecuencia, proporcionan ayuda material así como apoyo emocional; están orientados a la causa del problema y promueven una ideología o conjunto de valores a través de los cuales los miembros del grupo pueden obtener e incrementar un sentimiento de identidad personal” (Katz y Bender, citados por Domenech, 1998).

Es importante no confundir un grupo de ayuda mutua con un grupo de apoyo. Los grupos de apoyo son conducidos por un o una profesional, mientras que los grupos de ayuda mutua están conformados por personas afectadas por el fenómeno que se afronta en el grupo y tienen un carácter voluntario y horizontal. No obstante, muchos grupos de ayuda mutua han tenido su origen en grupos de apoyo que fueron haciéndose autónomos paulatinamente respecto a la coordinación profesional.

Algunos grupos de ayuda mutua funcionan en el contexto de un programa de tratamiento profesionalizado, como un servicio más que se ofrece a la población usuaria, mientras que en otros muchos casos se enmarcan dentro de grupos de interés o de presión formados por personas afectadas. De hecho, muchas de estas organizaciones han surgido a partir de grupos de ayuda mutua.

En la actualidad, el movimiento de la ayuda mutua se ha circunscrito mucho al ámbito de la salud, y especialmente al campo de las discapacidades, la salud mental, las diferentes dependencias¹⁴⁹ y las enfermedades crónicas. No obstante, también existen experiencias en otros ámbitos, como pueden ser los grupos de ayuda mutua conformados por personas afectadas por separaciones, por la pérdida de algún familiar, por proyectos migratorios complicados, etc. Lo cierto es que cualquier problemática social o sociosanitaria puede utilizar la ayuda mutua como estrategia de intervención.

En el caso de las drogodependencias, las potencialidades de la ayuda mutua han sido poco exploradas en nuestro contexto. Se ha empleado, y se emplea, la metodología de los grupos de apoyo, aunque en ocasiones sean denominados grupos de ayuda mutua o de autoayuda. Esta confusión no es exclusiva del ámbito de las drogodependencias, como señala Josep Canals, ya que *“más de la mitad de los grupos de ayuda mutua que se presentan con esta etiqueta son, en realidad, grupos terapéuticos o grupos de apoyo que cuentan con la presencia de algún profesional no afectado”* (Canals, 2003).

○ **Los grupos de interés o presión.**

En comparación con los grupos de ayuda mutua, que sobre todo se centran en la satisfacción de necesidades internas al colectivo, los grupos de interés o presión tienen unos objetivos más globales y orientados hacia el exterior. Las actividades tradicionales de estos grupos son las siguientes:

¹⁴⁹ Tanto dependencias a drogas como dependencias “sin drogas” (pantallas, compras, sexo, ludopatía, etc.).

- Influir en la imagen social que se tiene sobre el colectivo que representan.
- Influir en el diseño de las políticas que se desarrollan para atender sus necesidades.
- Denunciar situaciones de discriminación que sufre su colectivo.
- Defender los derechos de su colectivo en el uso de los servicios públicos.
- Representar a su colectivo ante la sociedad.

Los grupos de interés o presión, que suelen utilizar la figura jurídica de asociación o fundación, están constituidos por personas voluntarias, pero también pueden realizar contrataciones para desarrollar determinados servicios que beneficien a las personas que representan. En este tipo de grupos, a diferencia de los grupos de ayuda mutua, pueden participar también personas no afectadas por el fenómeno abordado desde el grupo de interés o presión (como activistas, como voluntariado o como personal contratado).

Circunscribiéndonos al campo sociosanitario, los grupos de interés o presión han tenido una amplia extensión y desarrollo, por ejemplo, en el ámbito de las discapacidades y en determinadas enfermedades crónicas (VIH/SIDA, esclerosis múltiple, parkinson, etc.). En el caso de la salud mental, y también en el de las drogodependencias, los grupos de interés o presión han surgido mayoritariamente a iniciativa de familiares y otras personas sensibilizadas con esta problemática, limitándose las personas afectadas a ser usuarias de los servicios ofrecidos y beneficiarias de las acciones emprendidas¹⁵⁰. Esta realidad responde al estigma social que soporta esta población y a la extendida representación social que les identifica como personas incapaces de responsabilizarse y defender sus derechos. Sin embargo, en los últimos años han surgido algunas iniciativas encaminadas a constituir un movimiento de personas usuarias o exusuarias de los servicios de salud mental, como ya existe en otros países de nuestro entorno. Estas iniciativas, que hasta ahora eran locales o autonómicas, han confluído en la reciente creación de una asociación de carácter estatal: asociación Dédalo. En el caso de las

¹⁵⁰ No obstante, esa realidad también es extensible a otras muchas asociaciones y fundaciones del ámbito sociosanitario, donde el liderazgo no es ejercido realmente por las personas afectadas, sino que son más bien organizaciones “pro-personas afectadas”.

drogodependencias se puede mencionar la experiencia de los grupos de alcohólicos anónimos y alcohólicos rehabilitados que, aunque fundamentalmente son grupos de ayuda mutua, también realizan algunas actividades como grupos de interés y presión (especialmente la federación de alcohólicos rehabilitados y sus diferentes asociaciones federadas). También es reseñable la actividad de las diferentes asociaciones “cannábicas”, muy focalizadas en la defensa de los derechos de las personas consumidoras de esta sustancia y en la reivindicación de su legalización. Respecto al asociacionismo de personas usuarias de otro tipo de drogas ilegales, las experiencias en el Estado Español son muy embrionarias. Los primeros grupos surgieron en Cataluña a finales de la década de los 90 y siempre muy vinculados a programas de reducción de daños. En el año 1997 fue creada ASUT a partir de personas usuarias del SAPS, un centro de acogida nocturno para personas drogodependientes gestionado por Cruz Roja en Barcelona. Posteriormente fueron creados grupos similares, y otros de personas usuarias de metadona, en diferentes localidades catalanas. En la actualidad existen algunas experiencias puntuales en otras comunidades autónomas, pero no ha logrado consolidarse todavía un sólido movimiento de grupos de este tipo. No es ésta la experiencia de otros países europeos, donde los grupos de interés formados por personas usuarias de drogas han tenido un importante papel en las políticas sobre drogas. Asociaciones como las *Junkiebond* holandesas, ASUD Francia o la Unión de Usuarios de Drogas de Dinamarca, han jugado un rol muy relevante en la puesta en marcha de diferentes iniciativas de reducción de daños y en la normalización de este tipo de enfoque en Europa.

○ **La educación entre iguales.**

Podríamos decir que la educación entre iguales es la acción de una minoría de representantes de un grupo o población, que intentan activamente informar, influir, formar,... a la mayoría de ese mismo grupo o población, en un tema para el que se han capacitado (Svenson et al., 1998). Se trata de una metodología muy aplicada en el ámbito de la educación, pero también en el campo de la salud pública. Se han registrado muchas experiencias de educación entre iguales en planes de alfabetización, en programas de prevención de la violencia en el ámbito escolar, en

prevención del uso problemático de drogas, en planificación familiar, en prevención del VIH/SIDA, o en educación para la salud. Además, estas experiencias han sido desarrolladas con todo tipo de poblaciones (personas adultas o jóvenes, personas con distintos niveles socioeconómicos y culturales) y en todo tipo de contextos (urbanos o rurales, países con diferentes culturas y niveles de desarrollo económico y social).

En la literatura científica se destacan algunas importantes potencialidades que poseen los programas que cuentan con la participación de iguales como agentes educativos (ONUSIDA, 2000):

- Mejorar el acceso. Los y las agentes de educación entre iguales tienen acceso físico y cultural a la población destinataria en su entorno natural y sin llamar la atención. Esto es especialmente importante cuando se trabaja con poblaciones de difícil acceso.
- Comunicación. Los y las agentes de educación entre iguales son comunicadores eficaces y creíbles. Tienen un conocimiento profundo de la población destinataria y utilizan unos códigos comunicativos adaptados.
- Identificación. Los y las agentes de educación entre iguales son un ejemplo de conducta para fomentar la adopción de comportamientos preventivos.
- Naturaleza participativa. La educación entre iguales facilita la participación de la población beneficiaria en el Programa. Es una estrategia formativa, tanto para el personal educador como para la población destinataria.
- Eficacia y eficiencia. La educación entre iguales es eficaz y eficiente en el fomento de comportamientos preventivos.

En cuanto a la eficacia y eficiencia, al margen de los modelos teóricos que avalan esta metodología, y a los que ya me he referido al inicio del apartado, es importante tener en cuenta las evaluaciones realizadas. Lo cierto es que la mayoría de las evaluaciones desarrolladas son de proceso, por lo que no son útiles para analizar la eficacia y la efectividad. Sin embargo, en un meta-análisis realizado por

ONUSIDA (2000)¹⁵¹ para estudiar la eficacia de estas metodologías se analizaron 7 evaluaciones que tenían en cuenta indicadores de resultados y que utilizaban diseños experimentales o semiexperimentales. En todas menos una de las evaluaciones analizadas se puso de manifiesto que las intervenciones que incluían la educación entre iguales habían tenido un efecto positivo en la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual y/o en el comportamiento de riesgo.

En la literatura científica también se mencionan algunos criterios que deben cumplir los programas de educación entre iguales para poder llegar ser eficaces y eficientes. Destacaré a continuación los más importantes:

- Debe ir acompañado y ser complementado por otra serie de programas y estrategias.
- Debe producirse una adecuada captación y selección de personas candidatas a convertirse en agentes de la educación entre iguales.
- Las personas seleccionadas deben recibir una buena capacitación.
- Los y las agentes de educación entre iguales deben contar con un buen sistema de supervisión y acompañamiento profesional.
- Se les debe ofrecer una serie de herramientas de calidad para realizar su labor: folletos informativos adaptados, guías metodológicas para orientar su labor, etc.
- El programa debe ser convenientemente evaluado (evaluación de necesidades, evaluación del proceso y evaluación de resultados) (Arza, 2006).

La filosofía originaria de esta metodología contempla que la acción de los y las agentes de la educación entre iguales sea voluntaria. La formación que adquieren, el incremento en su autoestima, o su satisfacción al ser útiles para sus pares, se convierten en incentivos suficientes para su participación en estas acciones. No obstante, en algunas experiencias se contemplan otro tipo de incentivos o compensaciones, como la organización de actividades de tiempo libre, la entrega de

¹⁵¹ El VIH/SIDA es uno de los campos en los que se han registrado más experiencias que utilizan la metodología de la educación entre iguales.

algún tipo de regalo o la compensación económica por los posibles gastos ocasionados (en desplazamientos, por ejemplo). Incluso en alguna experiencia se incorpora una compensación económica por la labor realizada como agente de educación entre iguales. Al respecto existe cierta polémica, principalmente por el temor a que pueda convertirse en la única motivación para participar y pervierta de esta forma la relación entre los y las agentes de educación entre iguales y sus pares.

Finalmente, y como ejemplo de la utilidad de esta metodología para trabajar con colectivos de difícil acceso y en situaciones de exclusión grave, me referiré a la experiencia “Bola de Nieve”. Se trata de una metodología iniciada a principios de la década de los 90 por la organización belga *Modus Vivendi*. Posteriormente, y gracias al impulso de la Comisión Europea, la metodología fue extendida a otros países europeos. En España ha sido desarrollada fundamentalmente, desde el año 1998, por el Grupo GID (actualmente denominado Fundación Atenea). El método “Bola de Nieve” consiste básicamente en seleccionar a un grupo de personas usuarias de drogas para que informen sobre salud y riesgos del consumo a sus pares. Se dirige principalmente a aquellas personas usuarias de drogas más vulnerables y alejadas de los recursos sociosanitarios: minorías étnicas, jóvenes que se inician en el consumo inyectado de drogas, personas que ejercen la prostitución, personas sin hogar, o usuarios de drogas seropositivos al VIH. El proceso tipo para el desarrollo de una “operación Bola de Nieve” es el siguiente (García Lalinde et al, 2004):

- Análisis de la realidad. Se analizan los problemas de salud del colectivo de personas consumidoras de drogas con el que se quiere contactar. A partir de este análisis se decide qué información se quiere transmitir.
- Selección de agentes de salud. Se contacta con personas consumidoras de drogas en activo o con población usuaria de programas de metadona que procedan del colectivo con el que se quiere contactar (comunidad gitana, seropositivos, jóvenes, etc.) o que tengan fácil acceso a la población diana. Se selecciona a las personas candidatas a participar en los cursos de formación.
- Formación de agentes de salud. Las personas seleccionadas son formadas como agentes de salud. Se incide especialmente en capacitarles en

aquellos contenidos preventivos que se han considerado prioritarios en el análisis de la realidad.

- Acciones de agentes de salud. Las acciones son muy variadas, dependiendo del colectivo con el que se esté trabajando. Las acciones fundamentales son las siguientes: contactar con sus pares para transmitirles informaciones preventivas; encuestar a sus pares para recoger información sobre sus hábitos, riesgos, conocimientos, etc.; informar a sus pares sobre recursos comunitarios; participar en la elaboración adaptada de folletos, carteles y otros materiales informativos; etc.

La experiencia “Bola de Nieve” contempla la remuneración económica de los y las agentes de salud. Desde este programa se argumenta que la remuneración económica confiere estatus social a las acciones de los y las agentes de salud, un aspecto de relevancia si tenemos en cuenta el estigma social que sufre esta población. Además, y según su experiencia, la motivación económica va perdiendo importancia a medida que los y las agentes de salud van observando los resultados de su trabajo. Entonces van cobrando protagonismo otros aspectos más subjetivos y emocionales como la mejora de su autoestima, el sentirse útiles para sus pares y el hecho de convertirse en sujetos portadores de información privilegiada y de relevancia para la mejora de la salud en su comunidad (García Lalinde et al., 2004).

○ **Peer Worker.**

Este último enfoque supone la profesionalización del apoyo entre iguales, es decir, la contratación de iguales como miembros de los equipos de intervención. En nuestro contexto este enfoque está siendo aplicado principalmente en la intervención con población inmigrante y con la comunidad gitana, donde suelen ser denominados mediadores interculturales. Sin embargo, en otros campos más específicamente sociosanitarios, como la salud mental o las drogodependencias, las experiencias son mucho más reducidas y puntuales. Las razones habría que buscarlas en el estigma social ya referido anteriormente, y que identifica a estas personas como inmaduras e irresponsables. De hecho, y según algunas evaluaciones realizadas, se detecta una

paradoja: mientras la valoración y el reconocimiento es muy alto por parte de la población usuaria de centros que cuentan con iguales entre su personal contratado, el apoyo es más ambiguo por parte de ciertos profesionales y básicamente se pone el acento en las dificultades y riesgos por parte de los coordinadores y/o directores de este tipo de proyectos o servicios (Llovet et al., 2011).

En Estados Unidos, donde desde hace más de veinte años se desarrollan experiencias de este tipo en el ámbito de la salud mental, se han realizado diferentes estudios y evaluaciones para analizar su contribución e impacto. En la bibliografía publicada se distinguen tres contribuciones o aportaciones que produce la incorporación de iguales contratados en un equipo (Davidson et al., 2012):

- Infundir esperanza a través del propio testimonio sobre la evolución vital y profesional del *peer worker*.
- Aportar su conocimiento experiencial. El *peer worker* puede aportar, desde los “saberes no académicos”, sus conocimientos prácticos sobre autocuidado de la enfermedad, sobre cómo afrontar los problemas de la vida cotidiana o la discriminación, o sobre cómo desenvolverse en los laberintos de los servicios públicos.
- En tercer lugar, y como elemento que determina los dos anteriores, la proximidad existencial facilita que el *peer worker* pueda construir un estilo de relación caracterizado por la confianza, la aceptación, la comprensión y la empatía.

Sin embargo, y desde mi punto de vista y experiencia, todas estas contribuciones no tienen por qué darse automáticamente al contratar a “un igual”, sino que más bien son potencialidades que debemos saber explotar. Dos son las vías para hacerlo, ambas ya señaladas al referirme a la educación entre iguales: una buena selección de la persona a contratar y una buena capacitación inicial y permanente. Es decir, la persona debe tener unas buenas competencias básicas iniciales y debe contar con una capacitación que le prepare para saber transmitir adecuadamente su testimonio, para saber aportar sus conocimientos experienciales y para saber construir adecuados y eficaces vínculos con las personas usuarias de su servicio. Si todo esto se produce, la proximidad existencial del *peer worker* se

convierte en un valor añadido con el que no cuenta una figura profesional tradicional.

Añado otra potencialidad relevante de esta modalidad del apoyo entre iguales: su capacidad para transformar las visiones profesionales y sociales. La experiencia que la convivencia con un *peer worker* aporta a los y las profesionales es de gran interés a nivel actitudinal, ya que incrementa la sensibilización hacia el colectivo y contribuye a reducir estereotipos. Además, su presencia permite enriquecer la mirada comprensiva del equipo. Lo mismo podríamos decir a nivel social, ya que la existencia de *peer worker* contradice la extendida imagen social que relaciona a estos colectivos con la pasividad y la incapacidad.

En cuanto a las funciones que pueden desempeñar los *peer worker*, en las experiencias estadounidenses se describen varias modalidades. En algunos casos desempeñan tareas auxiliares o de apoyo a profesionales tradicionales: gestores de casos, profesionales de trabajo social o terapia ocupacional, etc. Sin embargo, en otras experiencias se ha optado por crear figuras específicas desempeñadas por *peer worker*. Destacaré dos de estas figuras, por su especial interés:

- *Tutor de empoderamiento*¹⁵². Trata de fomentar que las personas usuarias tengan una participación más activa en la dirección de su propio tratamiento y en la defensa de sus derechos. Esta figura conecta con la denominada *self advocacy*, que en el ámbito anglosajón ha sido defendida por algunos autores como una forma de recuperación, por parte de la persona usuaria, de la labor de defensa de derechos e intereses y de representación que habían asumido otras personas o instituciones (Fantova, 2008).

¹⁵² En la bibliografía se hace alusión a esta figura como “defensor para facilitar la planificación centrada en la persona” (Davidson et al., 2012). He optado por la denominación “tutor de empoderamiento” por su mayor capacidad descriptiva.

- *Tutor de conexión social*¹⁵³. Trata de apoyar a las personas usuarias en el restablecimiento de su conexión y participación en redes y actividades comunitarias.

Las evaluaciones realizadas en Estados Unidos indican que los programas de salud mental que incorporan *peer worker*, en comparación con aquellos que no contemplan esta figura, obtienen mejoras en algunos resultados clave (Davidson et al., 2012): acceso a pacientes difíciles de contactar, reducción en el número de hospitalizaciones, reducción en el número de días de hospitalización, reducción en los consumos no prescritos de drogas, disminución de la depresión e incremento en los sentimientos de esperanza, en los comportamientos de autocuidado y en la sensación de bienestar.

En el ámbito de las drogodependencias, la presencia de “ex-drogodependientes” en los equipos de tratamiento fue habitual en los modelos de comunidad terapéutica que se extendieron a finales de la década de los 70. Incluso algunas organizaciones, como El Patriarca, Reto, Remar, Betel u otros centros similares, contaban con equipos compuestos únicamente por personas que habían sido tratadas previamente en el mismo centro. El fuerte cuestionamiento a estos modelos de tratamiento que se produjo durante la profesionalización de la atención a las drogodependencias (fundamentalmente a finales de la década de los 80) ha podido influir en que las experiencias de incorporación de *peer worker* en este ámbito sean reducidas (especialmente en el sector público). Sin embargo, algunas organizaciones privadas, como Proyecto Hombre o Dianova, cuentan actualmente en sus equipos con profesionales que fueron tratados en sus programas de rehabilitación. No obstante, y a diferencia de las experiencias de los años 70 y 80, estos profesionales “exdrogodependientes” conviven en los equipos con otros profesionales tradicionales. Asimismo, y especialmente en el caso de Proyecto Hombre, antes de incorporarse a los equipos deben pasar por un completo y prolongado programa de capacitación. A día de hoy no he podido localizar evaluaciones que analicen el impacto de la incorporación de estos perfiles en los equipos de tratamiento.

¹⁵³ En la bibliografía se hace alusión a esta figura como “conector con la población” (Davidson et al., 2012). He optado por la denominación “tutor de conexión social” por su mayor capacidad descriptiva.

A resaltar que las experiencias de *peer worker* en el ámbito de las drogodependencias se han producido prácticamente en exclusiva dentro de la modalidad de comunidad terapéutica, mientras que apenas se registran experiencias en otras modalidades de tratamiento como los centros de día o los centros ambulatorios. En cuanto a los programas de reducción de daños, podemos resaltar las interesantes experiencias de algunos grupos de interés que contratan drogodependientes o exdrogodependientes para la gestión de sus servicios¹⁵⁴. En el caso del Estado Español, únicamente se pueden mencionar experiencias puntuales en las que se cuenta con iguales para la puesta en marcha de algún programa de educación para la salud o de intercambio de jeringuillas. Sin embargo, al tratarse de relaciones laborales muy precarias (o incluso basadas únicamente en la gratificación económica puntual) podrían estar más encuadradas en la educación entre iguales.

¿Qué estrategias se deben poner en marcha para facilitar la eficacia en la incorporación de *peer worker* en un equipo?

- Implicar a todos los sectores de la organización en la decisión y en el diseño del procedimiento para aplicarla. La incorporación de *peer worker* supone un cambio cultural en la organización, ya que implica una transformación en la forma de ver a la población diana. En ese sentido, es fundamental planificar cuidadosamente este cambio cultural¹⁵⁵.
- Clara descripción del puesto y del procedimiento de selección. En la definición de las funciones, es importante que no se limiten a tareas auxiliares, a labores que los y las profesionales tradicionales no tienen tiempo para realizar. Se debe hacer un esfuerzo por asignarles funciones en las que se puedan aprovechar las potencialidades vinculadas a su proximidad existencial y a su capacitación específica.
- Formación. Es fundamental que cuenten con un espacio inicial y permanente de formación. En cuanto a los contenidos de la formación, además de los relativos a las características de la organización en la que se incorporan y de la temática que atiende, Davidson et al (2012) proponen los siguientes:

¹⁵⁴ Ver apartado 4.6.3.4.

¹⁵⁵ En el apartado 5.1.4 se aborda el cambio en las organizaciones.

“cómo utilizar sus antecedentes de restablecimiento para el beneficio de las personas con las que trabajan, destrezas eficaces para escuchar, crear relaciones positivas, buena identificación y contexto, qué hacer en una situación urgente, requisitos de documentación de la organización y cómo llenarlos, ética confidencialidad, límite, autocuidado y formas de resolver conflictos en el lugar de trabajo, incluso cómo hablar abiertamente sobre cuestiones de poder y jerarquía dentro de la organización”.

- Formación del resto de miembros del equipo. Insistiendo de nuevo en el cambio cultural que implica la incorporación de *peer worker*, es preciso generar espacios de reflexión y formación para el equipo. En estos espacios se deben trabajar las potencialidades, límites y riesgos de esta figura, además de las pautas para incorporar sus aportaciones al trabajo interdisciplinar del equipo, y también las expectativas, miedos y prejuicios de los y las profesionales tradicionales ante la nueva figura¹⁵⁶.
- Aceptación. Para poder realizar su labor, el *peer worker* debe ser reconocido y aceptado por la población usuaria, pero también por el resto de miembros del equipo y la organización. Las claves para lograrlo ya han ido siendo referidas: la selección, en la que se debe cuidar que el perfil facilite la proximidad existencial con la población diana; la formación del *peer worker*, para que sepa construir adecuadamente la proximidad con la población diana; la formación del resto del equipo, para que acepte, valore y “utilice” adecuadamente esta figura.
- Supervisión. Es importante que cuenten en la organización con alguna figura de referencia para resolver dudas o conflictos, así como con un espacio grupal de supervisión (tanto específico para *peer worker* como compartido con el resto del equipo).
- Proyección externa. Para lograr que la experiencia también tenga repercusiones en las representaciones sociales, es fundamental que se difundan las experiencias exitosas de incorporación de *peer worker* a los equipos.

¹⁵⁶ Todos estos elementos se encuentran estrechamente relacionados con el concepto de competencia intercultural que abordaré en el apartado 5.2.

4.6.3.5. Otras estrategias de proximidad.

Como señalan Llovet et al. (2011), las estrategias de proximidad tienen una larga tradición y están directamente conectadas con las experiencias pioneras de trabajo social de principios del siglo XX en Inglaterra y Estados Unidos. Tradicionalmente, y dependiendo del contexto cultural, estas prácticas han recibido la denominación de estrategias *outreach*, en países de influencia anglosajona, *pratiques de milieu* o *travail de rue* o de *proximité*, en países francófonos, y trabajo o educación de calle en España y Latinoamérica. En todos los casos se trata de buscar el acercamiento al sujeto para construir vínculos principalmente con personas alejadas de las instituciones. Sin embargo, y así lo atestiguan también las denominaciones más extendidas, en muchos casos se observa una valoración limitada de este tipo de programas, como si únicamente se tratase de una aproximación física, de un “estar en la calle”. La realidad es que esto no es suficiente. Desde mi experiencia, he podido conocer equipos ubicados físicamente en el centro de un núcleo poblacional afectado por la exclusión grave (por ejemplo), pero absolutamente alejados respecto a la cosmovisión de sus habitantes. En ese sentido, proximidad también quiere decir (e incluso, sobre todo quiere decir) trabajar desde un modelo de aceptación y respeto. Para ello es preciso desarrollar un proceso de acercamiento a la cultura de la persona o colectivo con el que se trabaja, a su manera de entender sus problemáticas, o de priorizar sus necesidades. Asimismo, también es necesario valorar al sujeto como ser humano con derechos, cualidades y capacidades para dirigir su vida. Volvemos así de nuevo al concepto de competencia intercultural, ya referido al hablar de los programas asertivo comunitarios, y sobre el que profundizaremos en el apartado 5.2.

Varias de las estrategias que he descrito anteriormente forman parte del amplio *paraguas* de las estrategias de proximidad: acompañamiento social, programas asertivo comunitarios y apoyo entre iguales. Además de ellas, es interesante mencionar otro conjunto de estrategias que precisamente han sido impulsadas a partir de un fenómeno con connotaciones claramente sociosanitarias: el VIH/SIDA. La gravedad de esta epidemia, y la clara identificación de las prácticas de riesgo para su contagio, favoreció que surgieran experiencias que optaban por la proximidad activa y por las respuestas pragmáticas y no moralistas: reparto de información preventiva y/o de preservativos en

espacios con mayor presencia de personas con prácticas de riesgo; dispositivos móviles para la realización de analíticas; etc. La creación de grupos de interés conformados principalmente por personas afectadas contribuyó indudablemente al impulso de estas estrategias, siendo en muchos casos estos grupos los que desarrollaron las primeras experiencias de este tipo. En el ámbito de las drogodependencias, y como ya mencioné en el apartado 3.2.3.1., el impacto del VIH/SIDA sobre la población de usuarios de drogas por vía parenteral fue determinante para la consolidación de los denominados programas de reducción de daños. Frente a un enfoque tradicional basado en la búsqueda de la abstinencia como única opción, los programas de reducción de daños se dirigen a personas consumidoras de drogas que, en un momento concreto, no quieren o no pueden dejar el consumo. Sus objetivos se centran en contactar con el mayor número de personas consumidoras y disminuir los efectos negativos asociados al consumo de drogas. Describiré a continuación algunos principios comunes a este tipo de programas. Como vamos a ver, guardan una estrecha relación con los principios de las estrategias de proximidad que hemos ido analizando hasta el momento:

- Se adaptan a las necesidades de las personas usuarias de drogas, en lugar de pretender que éstas se adapten a la oferta asistencial.
- Aplican modelos de búsqueda y acercamiento al usuario o usuaria de drogas, en lugar de esperar pasivamente a que la persona demande servicios.
- Ofrecen una información realista sobre las drogas, sus usos y sus problemas.
- Promueven la educación sanitaria dirigida a un consumo de menor riesgo, en lugar de contemplar la abstinencia como única opción.
- Promocionan la responsabilización y la participación de las personas usuarias de drogas como ciudadanos y ciudadanas, en lugar de contemplarlas como pacientes pasivos.
- Intervienen en la comunidad para conseguir un acercamiento más racional y objetivo al problema de las drogas, en lugar de trabajar únicamente con la población objetivo (Grup IGIA, 2000).

Asimismo, otras características relevantes de los programas de reducción de daños son las siguientes:

- No se centran únicamente en aspectos relacionados con el consumo de drogas, sino que también inciden sobre otros elementos de gran influencia sobre la salud: relaciones sexuales, adherencia a tratamientos médicos, prevención de enfermedades transmisibles, o necesidades de alojamiento y manutención.
- La labor individual o grupal que se desarrolle, puede verse afectada por el contexto político, legal y estructural. Por lo tanto, la reducción de daños también implica el desarrollo de modificaciones en ese nivel. Por ejemplo, mientras que la posesión de jeringuillas era ilegal en el medio penitenciario, la labor de reducción de daños dirigida a usuarios de drogas por vía parenteral se vio enormemente dificultada.
- La reducción de daños no debe ser planteada como una alternativa absoluta, sino como una opción complementaria. Los programas de reducción de daños deben estar situados en un itinerario en el que también se mantengan los programas orientados hacia la abstinencia (Arza, 2006).

En cuanto a las acciones que se desarrollan desde los programas de reducción de daños, las posibilidades son variadas y complementarias:

- Distribución de material de inyección.
- Distribución de preservativos.
- Distribución de documentación con contenidos preventivos.
- Atención sanitaria básica.
- Orientación sociosanitaria.

Todas estas acciones pueden ser desarrolladas desde distintas modalidades de servicio:

- Servicios de acceso universal y normalizado. Se han desarrollado algunas experiencias de distribución de material de inyección desde centros de salud y, especialmente, desde farmacias.
- Instituciones con fuerte presencia de personas drogodependientes. En el Estado Español, desde finales de la década de los noventa, comenzaron a implantarse en

los centros penitenciarios programas de reparto de material de inyección y de educación sanitaria.

- Servicios de atención a drogodependientes. Muchos centros de tratamiento incorporaron también el servicio de distribución de material de inyección, preservativos y documentación preventiva.
- Equipos móviles. Trabajan en espacios de venta y consumo de drogas ilegales. En algunos casos cuentan con furgonetas para trasladarse de unos núcleos a otros. Desarrollan todas las acciones comentadas anteriormente.
- Centros de encuentro y acogida. Son centros de baja exigencia, es decir, a los que se puede acceder sin cita y sin tener que cumplir demasiados requisitos previos. Están dirigidos a personas drogodependientes que no acuden a centros de tratamiento y que se encuentran en una situación de exclusión severa. En algunos casos tienen horario nocturno, aunque no cuentan con camas. Además de todas las acciones de reducción de daños comentadas anteriormente, suelen ofrecer alimentación básica, ducha y ropero. Estos centros suelen estar ubicados en zonas de fácil acceso para su población diana, e incluso en algunos casos se sitúan en las proximidades de zonas de venta y consumo de drogas ilegales. También se han desarrollado algunas experiencias en las que se ofrece una sala en la que las personas usuarias se pueden administrar las drogas por vía intravenosa en condiciones de mayor higiene y seguridad.

En el caso de Navarra, y como ya he referido en el apartado 3.8.2.2., este tipo de programas de reducción de daños han sido desarrollados principalmente en el medio penitenciario, mientras que su presencia en el medio comunitario ha sido mucho más reducida.

Desde finales de la década de los 90 comenzaron a desarrollarse en el Estado Español algunas experiencias que trasladaban la metodología de reducción de daños a otros ámbitos de consumo de drogas muy diferentes a los relacionados con el consumo de heroína. Se trata de experiencias que trabajan en contextos próximos al modelo de consumo recreativo¹⁵⁷ (zonas de botellón, conciertos, fiestas, discotecas, etc.). En ellos se desarrollan acciones como reparto de documentación preventiva,

¹⁵⁷ Ver apartado 3.2.1.

distribución de preservativos, análisis de drogas u orientación sociosanitaria. En Navarra este tipo de programas es desarrollado fundamentalmente por la asociación Hegoak, que además de las acciones descritas, desarrolla una interesante estrategia de proximidad dirigida a intervenir en las denominadas bajeras¹⁵⁸. Un equipo de educadores y educadoras ofrecen a este tipo de jóvenes la realización de encuentros o actividades informativas y formativas en sus propias bajeras.

¹⁵⁸ Se trata de locales alquilados por grupos de jóvenes para realizar sus actividades de ocio.

4.7. LAS POLÍTICAS DE DROGODEPENDENCIAS, UN MODELO PRECURSOR, PERO LIMITADO, DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA: a modo de síntesis y conclusión.

Las políticas sobre drogodependencias han supuesto una experiencia temprana en el que posteriormente ha sido denominado enfoque sociosanitario. Si, como se defiende en esta tesis, la atención sociosanitaria conlleva un modelo multidimensional de comprensión del individuo y de los fenómenos que le afectan, las políticas sobre drogodependencias asumieron desde mediados de la década de los 80 un modelo de abordaje que integra lo biológico, lo psicológico y lo social. Si, como también se defiende en esta tesis, la atención sociosanitaria supone una metodología de planificación de las políticas, de organización institucional y de intervención profesional, se puede afirmar que las políticas sobre drogodependencias han sido precursoras en la aplicación de alguna de las estrategias que posteriormente han sido propuestas para el desarrollo de la atención sociosanitaria. Señalaré a continuación las más relevantes:

- La metodología de planificación intersectorial, que fue aplicada en el diseño del Plan Nacional sobre Drogas del año 1985, y posteriormente en las diferentes estrategias nacionales y los distintos planes autonómicos.
- La estrategia de delegación competencial, aplicada con la creación de la Delegación del Gobierno para la coordinación e impulso del Plan Nacional sobre Drogas, y otras figuras similares que fueron creadas en las comunidades autónomas para dirigir los planes de drogodependencias.
- Los equipos interdisciplinares, que formaron parte del modelo de centros de atención a drogodependientes desde mediados de la década de los 80.

No obstante, y como hemos podido observar en el diagnóstico presentado en el apartado 3.8., existen numerosas debilidades que ponen en cuestión la real consolidación de ese pretendido modelo biopsicosocial, intersectorial e interdisciplinar. A continuación recordaré las principales debilidades referidas a Navarra, aunque en gran parte son extensibles a otras comunidades autónomas:

- Los programas de tratamiento no parecen adaptarse suficientemente al incremento en la heterogeneidad de las personas que deben atender. Precisan poner en marcha tratamientos más integrales, que incrementen su capacidad para la detección precoz y la motivación hacia el tratamiento, y que favorezcan la atención simultánea o secuencial de otras necesidades.
- A pesar de la intersectorialidad en la planificación de las políticas, la fase de implementación refleja importantes dificultades para la implicación de las redes de recursos no especializados: especialmente los servicios sociales y la atención primaria de salud. En general, la coordinación es referida como una de las principales debilidades.
- Se observan brechas que dificultan la continuidad en la atención a las personas drogodependientes. Los diferentes agentes reclaman medidas como la mejora de los protocolos, el trabajo en red o la incorporación de la metodología de gestión de casos.
- El tipo de tratamiento más generalizado en Navarra, que es el ofrecido desde los centros de salud mental, está caracterizado por una baja intensidad en las citas (algo más de una cita cada dos meses) y una escasa interdisciplinariedad (ocho de cada diez consultas son atendidas por profesionales de psiquiatría o enfermería).

Muchas de estas debilidades y necesidades están presentes en el discurso sociosanitario: la necesidad de atender simultánea o secuencialmente las necesidades múltiples; la escasa integralidad de los programas; las brechas que dificultan la continuidad en la atención; la necesidad de reforzar la coordinación; la insuficiente protocolización; el escaso trabajo en red; la necesidad de implantar metodologías de gestión de casos y de reforzar la interdisciplinariedad. Sin embargo, y a pesar de compartir necesidades con otros fenómenos sociosanitarios, y haber sido pionera en la aplicación de determinados modelos y metodologías, las políticas de drogodependencias apenas están presentes en el diseño y desarrollo de las políticas de atención sociosanitaria. El motivo hay que buscarlo fundamentalmente en la tendencia reduccionista que pretende vincular la atención sociosanitaria exclusivamente con la dependencia y la intervención con personas mayores.

La coincidencia en las necesidades implica que muchas de las estrategias y reflexiones propuestas desde la atención sociosanitaria sean perfectamente aplicables a las políticas de drogodependencias. Destacaré especialmente los siguientes casos:

- La implementación de nuevos sistemas de gobernanza que permitan mejorar la articulación intersectorial¹⁵⁹.
- La estandarización de los procesos desarrollados en la red de tratamiento, y especialmente la creación de instrumentos comunes de valoración-seguimiento-evaluación, la construcción de sistemas comunes de derivación y la creación de sistemas compartidos para la gestión de la comunicación. Estos procesos de estandarización deben ser desarrollados en un contexto de coordinación y trabajo en red.
- La mejora de los sistemas de acceso a la red de tratamiento (“ventanilla única”), garantizando la accesibilidad y agilidad, así como mejorando los diagnósticos interdisciplinares y el diseño de los itinerarios individualizados de tratamiento.
- El desarrollo de estrategias de intervención profesional centradas en la persona y enfocadas desde la proximidad, como una manera de lograr la atención integral, integrada y de continuidad:
 - La gestión de casos, que a pesar de su importante presencia en los planes sanitarios y sociosanitarios, no es mencionada en los planes de drogodependencias consultados, ni he localizado ninguna experiencia que describa su aplicación en este ámbito. La gestión de casos es una estrategia especialmente idónea para mejorar la continuidad en la atención.
 - El acompañamiento social, que puede ser especialmente importante en la fase de incorporación social. Para ello sería fundamental el refuerzo de la coordinación con los servicios sociales.
 - Los programas asertivo comunitarios (PAC), que podrían servir para mejorar la atención al grupo de personas drogodependientes en procesos de exclusión más grave: reforzando la atención psicosocial, incrementando el trabajo con su red sociofamiliar a través de las visitas

¹⁵⁹ Profundizaré sobre esta cuestión en el apartado 5.1.

domiciliarias, y reduciendo la orientación farmacocéntrica de los tratamientos.

- La ayuda mutua, cuyas posibilidades para el apoyo emocional y el modelaje han sido poco exploradas en el ámbito de las drogodependencias.
- Los grupos de interés o presión, donde sería necesario reforzar el protagonismo y liderazgo de las personas afectadas.
- La educación entre iguales, que facilita el acceso a la población diana (especialmente a la que sufre situaciones más complejas) y permite construir vínculos desde la cercanía y confianza que aporta la proximidad existencial.
- La contratación de personas afectadas en los equipos (*Peer Worker*), que aporta importantes potencialidades (además de las ya referidas en la educación entre iguales): su capacidad para transformar las visiones profesionales y sociales, los conocimientos experienciales que aporta el *peer worker* o su capacidad para infundir esperanza.

La urgencia por incorporar a las drogodependencias en el discurso y la práctica de la atención sociosanitaria, cuenta también con argumentos estratégicos. La finalización del I Plan Foral de Drogodependencias (año 2009) marca el inicio de un fuerte proceso de debilitamiento en el subsistema de las políticas sobre drogodependencias, y no solamente en Navarra. A los recortes económicos que afectan también a otros sectores, se le une que la presencia de “las drogas” en las preocupaciones de la sociedad ha sufrido un fortísimo retroceso en las tres últimas décadas¹⁶⁰: de ser el principal problema para la ciudadanía en los años 80 (según el barómetro del CIS), a ocupar el puesto 4º en el año 1995, el 9º en el año 2005 y el 16º en el año 2009. Lograr que las drogodependencias formen parte de uno de los grandes debates que enmarcan las propuestas de reforma sanitaria y social en los últimos años, también puede constituirse en un importante factor para la sostenibilidad de estas políticas.

¹⁶⁰ Ver apartado 3.6.

5. GOBERNANZA Y COMPETENCIA INTERCULTURAL: dos ejes fundamentales para el desarrollo de la atención sociosanitaria.



5.1. **Gobernanza.**

En el anterior capítulo he analizado cómo la atención sociosanitaria surge ante la creciente compartimentación en los sistemas de atención. Una compartimentación que resulta especialmente nefasta en la atención a fenómenos complejos, como es el caso de las drogodependencias. En ese contexto, la implementación de nuevos sistemas de gobernanza, que permitan mejorar la articulación intersectorial, se convierte en uno de los ejes fundamentales para el desarrollo de la atención sociosanitaria.

En el caso de las drogodependencias, el concepto de gobernanza apenas ha estado presente en los debates o en el diseño de las políticas. Sin embargo, se puede decir que alguno de los elementos vinculados con este concepto, como puede ser la coordinación, la gestión de redes o la participación social, forman parte de las preocupaciones y debates de las políticas sobre drogodependencias desde su inicio. Asimismo, se puede afirmar que uno de los ejes para el abordaje de las debilidades y amenazas que se ciernen sobre el subsistema de políticas de drogodependencias es precisamente la mejora de sus sistemas de gobernanza. Como ya he comentado, lo mismo se podría decir respecto a los retos pendientes para el desarrollo de la atención sociosanitaria en general. Por ello, he contemplado un apartado específico sobre gobernanza, en el que profundizaré sobre este concepto, centrándome en alguna de las claves que pueden ser estratégicas para el desarrollo de la atención sociosanitaria en general, y de las políticas de drogodependencias en particular: los procesos para la introducción de cambios en los sistemas de gobernanza, el liderazgo, la participación social, la gestión de redes y las herramientas o estrategias para la gestión relacional de la gobernanza.

5.1.1. **Origen del concepto Gobernanza.**

El actual significado del término gobernanza comenzó a construirse en la década de los 80, y especialmente en la de los 90, como un concepto de gran relevancia en el ámbito político y administrativo. Aunque en ocasiones se afirma que se trata de un neologismo de origen inglés¹⁶¹, en realidad es un término arcaico recuperado¹⁶², cuyo

¹⁶¹ Derivado de “*governance*”.

significado ha sido modificado para describir las nuevas implicaciones “del gobernar” y “del gobernarse”. Esta nueva concepción de la gobernanza surge en un contexto marcado por varios factores:

- La crisis fiscal del Estado que se produjo en los países occidentales durante la década de los 80 y los 90, y que generó dudas sobre las posibilidades de mantenimiento del Estado de Bienestar (Natera, 2004; Aguilar, 2008;). En ese contexto, la gobernanza surge como una posibilidad de lograr mayor eficiencia en la prestación de los servicios públicos.
- El “desencanto”, presente en prácticamente todas las perspectivas ideológicas, acerca de las capacidades del Estado como centro único de control político eficaz. Este “desencanto” generó respuestas o propuestas muy diferentes, desde la mirada hacia el mercado como espacio privilegiado para la satisfacción de las necesidades sociales, hasta propuestas dirigidas hacia el fortalecimiento de la sociedad civil y la generación de respuestas de gobierno participativo y horizontal (Natera, 2004).
- Tanto la globalización, con su efecto en la creación de nuevos organismos internacionales, como la descentralización, que ha derivado competencias hacia instituciones más próximas hacia la ciudadanía, han incrementado notablemente la complejidad y la fragmentación de las estructuras políticas y administrativas. Por ello, la cooperación entre ellas, y entre ellas y los cada vez más diversos agentes sociales implicados, se ha complejizado de manera importante. Quizás la experiencia de la Unión Europea es la que más claramente ha expresado esta realidad de múltiples niveles en la acción de gobernar. De hecho, la Unión Europea emplea de manera recurrente el concepto de gobernanza multinivel como una de sus señas de identidad, *“entendiendo por tal un sistema en el que los diferentes niveles de gobierno comparten definiciones de problemas y de políticas sobre grandes temas, del que surge un patrón o red de convergencia entre el espacio local, el regional, el estatal y el supraestatal”* (Aguilar, 2009).

¹⁶² El diccionario de la RAE la define como “acción y efecto de gobernar o gobernarse”, aunque en su presente versión diferencia ésta definición clásica de la actualmente manejada en el ámbito politológico y administrativo, proponiendo una segunda acepción: “arte o manera de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero, promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía”.

- La creciente diferenciación y complejidad de las sociedades modernas, tanto en estructuras institucionales-administrativas, funcionamiento del mercado o procesos científicos y técnicos, como en problemáticas, intereses, necesidades, valores o estilos de vida, influyen en que las estrategias centralizadas, imperativas y jerárquicas en el uso del poder sean cada vez menos viables. En ese sentido, se impone la necesidad de poner en marcha nuevas estrategias basadas en la negociación y la cooperación (Morata, 2004).
- Muchos autores (Natera, 2004; Aguilar, 2009; Guy Peters, 2005) también identifican la emergencia del paradigma de la Nueva Gestión Pública como un factor explicativo en la construcción de una concepción ampliada de la gobernanza. La Nueva Gestión Pública supone la incorporación de mecanismos de mercado en el sector público y la búsqueda de la calidad como eje fundamental de su funcionamiento. Este paradigma plantea la incorporación de prácticas como la planificación estratégica, la gestión por procesos, o las normas de calidad. Asimismo, sugiere que un gobierno *“podría utilizar de forma eficiente un abanico mayor de instrumentos que vayan más allá de la prestación directa de servicios”* (Natera, 2004), como puede ser la subcontratación, la delegación, o el convenio. En ese sentido, algunos autores comienzan a hablar del Estado *“catalizador”*, un Estado que *“se apoya cada vez menos en sus propios recursos y más en su acción como elemento dominante en coaliciones con otros Estados, instituciones transnacionales y grupos del sector privado, a la vez que retiene su identidad distintiva y sus propios fines”* (Lindt, citado por Natera, 2004).

Las primeras expresiones de esta nueva concepción de la gobernanza fueron de carácter descriptivo y reflejaban cómo, debido a los factores anteriormente presentados, el Estado había dejado de ser el único actor que gobierna, desarrolla políticas públicas y provee servicios públicos, teniendo que colaborar y negociar con otros actores privados y sociales. Sin embargo, posteriormente surgieron otras concepciones de carácter normativo del concepto, que intentaban caracterizar cómo debía ser la opción de gobierno eficaz y apropiada. Así, se hablaba del “buen gobierno”, y posteriormente de la “buena gobernanza”. Naciones Unidas, junto al Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, inició en la década de los 80 una estrategia para promover reformas en países “del tercer mundo”. Para ello, estableció una serie de parámetros que definían

cómo debía ser la “buena gobernanza”, y a los que estos países debían adaptarse. Por ejemplo, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2010) propuso nueve características de la buena gobernanza: participación, aplicación de las normas del derecho, transparencia, capacidad de respuesta, orientación al consenso, equidad, efectividad y eficiencia, rendición de cuentas y visión estratégica. Posteriormente, la Comisión Europea (2001), en su Libro Blanco sobre la gobernanza europea, definió cinco principios básicos de una buena gobernanza: apertura, participación, responsabilidad, eficacia y coherencia. Este segundo tipo de concepción, normativa, ha sido muy cuestionado por su carácter valorativo y subjetivo. Por ello, en la literatura del sector se opta mayoritariamente por una concepción descriptiva de la gobernanza.

5.1.2. La maleabilidad del concepto Gobernanza.

Gobernanza es un concepto que ha tenido mucho éxito en el ámbito político y administrativo. Es un concepto “paraguas” que, por su adaptabilidad y capacidad de seducción, es utilizado reiteradamente en muchas circunstancias y por parte de muchos agentes diferentes. Paradójicamente, su éxito y maleabilidad podría llevar a que dejase de ser útil, ya que, siguiendo los planteamientos de Joan Prats (2003), se puede producir una situación de desbordamiento conceptual. La complejidad de la problemática que abarca es uno de los elementos que dificultan la delimitación de este concepto, pero el principal factor reside en la variedad de perspectivas ideológicas y escuelas teóricas (en muchos casos antagónicas) que utilizan este término. Respecto a la presencia del concepto gobernanza en campos muy variados, Antonio Natera (2004) realiza un interesante repaso sobre su repercusión en distintos campos de la política, la investigación y la gestión:

- ✓ El ámbito del análisis de las políticas públicas, donde gran parte de la literatura anteriormente predominante sobre redes políticas ha sido reformulada y reinterpretada en el marco de la gobernanza.
- ✓ El campo de la gestión pública, en su conexión con el paradigma de la Nueva Gestión Pública.

- ✓ En la economía política, donde el intercambio público-privado ha pasado a concebirse en términos de gobernanza.
- ✓ En el ámbito de la gestión empresarial, donde se ha extendido el concepto de gobernanza corporativa.
- ✓ En las relaciones internacionales, donde algunos autores hablan de “gobernanza sin gobierno” o de “gobernanza global”.
- ✓ En la estrategia de algunas organizaciones internacionales, como es el caso ya comentado de Naciones Unidas, el Fondo Monetario Internacional o el Banco Mundial, con su enfoque de la “buena gobernanza”.
- ✓ En el terreno de la política urbana, donde se ha extendido el estudio de las redes de participación ciudadana y de la denominada “gobernanza local”.
- ✓ En el ámbito de la Unión Europea, donde, como ya se ha comentado, se ha instaurado el concepto de “gobernanza multinivel” como uno de sus ejes de funcionamiento y señas de identidad.

En cuanto a la utilización del término por parte de corrientes ideológicas antagónicas, la gobernanza ha entrado a formar parte del discurso “que mira al mercado”, pero también del discurso “que mira a la sociedad civil”. Se puede afirmar que el Banco Mundial es el principal valedor de la denominada narrativa neoliberal de la gobernanza. *“Bajo el lema –menos gobierno y más gobernanza-, su preocupación básica es la eficiencia del sector público para permitir un adecuado funcionamiento de los mercados. Basada en los principios de la economía neoclásica, entiende que la eficacia y eficiencia del mercado conduce a una distribución adecuada de los bienes y servicios de la sociedad”* (Peris et al., 2008). Sin embargo, el término también es utilizado por aquellas corrientes que reclaman una mayor participación de la sociedad civil en el gobierno y la constitución de alternativas horizontales de dirección y gestión. De hecho, el concepto “gobernanza participativa” es ampliamente utilizado en algunos sectores, como por ejemplo la cooperación para el desarrollo, el desarrollo local y comunitario, o el Tercer Sector.

5.1.3. La definición de gobernanza.

En la literatura científica existen numerosas definiciones del concepto gobernanza. En lugar de optar por una de ellas, a continuación voy a referirme a los principales elementos que he podido extraer en el análisis documental realizado al respecto. Posteriormente, expondré una propuesta de definición que intenta integrar todos esos elementos:

- Complejidad e interdependencia. Teniendo en cuenta los problemas complejos a los que se enfrentan las sociedades modernas, ningún actor (público, social o privado; local, estatal o global) tiene los conocimientos, las capacidades o los recursos suficientes para resolver por sí solo las problemáticas o necesidades a las que se enfrenta (Kooiman, citado por Aguilar, 2008).
- La dependencia de poder. Teniendo en cuenta la interdependencia, los diferentes actores deben intercambiar recursos y negociar propósitos comunes. *“Ninguna organización monopoliza el proceso global de adopción de decisiones, si bien alguna de ellas puede dominar un proceso de intercambio concreto”* (Aguilar, 2008).
- El marco. El resultado de la interacción entre los diferentes agentes está muy determinado por las reglas de juego (formales e informales) y el contexto en el que se produce el intercambio y la negociación. A su vez, la interacción entre los actores modifica las reglas de juego y el contexto (Hufty et al., 2006).
- Red. La complejidad y la diversidad de intereses en conflicto de las sociedades complejas explica la interdependencia y la dependencia de poder. En ese contexto, *“la eficacia y la eficiencia de la gestión ya no dependen sólo de la acción de gobierno, sino de la capacidad para la creación y gestión de redes de actores”* (Peris et al., 2008)
- Sociedad civil. Las corrientes más próximas a la democracia participativa y al comunitarismo entienden la gobernanza como un cambio en el equilibrio entre el Estado y la sociedad civil. La gobernanza participativa genera mayor capital social y, al mismo tiempo, la gobernanza participativa tiende a ser más viable cuando existe una sociedad civil fuerte (Natera, 2004).

Concepto de Gobernanza

Es una manera de gobernar que tiene en cuenta la interdependencia entre los diferentes actores (públicos, privados o sociales; locales, estatales o globales) y favorece la generación de un marco de normas (formales e informales) que permiten la negociación en el establecimiento de propósitos comunes, el intercambio o la complementación de recursos y la toma de decisiones, desde el trabajo en red.

Finalmente, es importante clarificar también las diferencias entre el término gobernanza y otro concepto afín con el que suele ser confundida: gobernabilidad. Gobernabilidad se refiere a la capacidad que un gobierno tiene para dirigir una sociedad. El enfoque de la gobernabilidad busca preservar, recuperar o incrementar las capacidades gubernativas para gobernar. Sin embargo, y como ya he señalado, el enfoque de la gobernanza no cree que el gobierno (por muy capaz que sea) pueda gobernar la sociedad por sí solo, sino que precisa de la participación de otros agentes del sector privado y social. Podríamos decir entonces que la gobernanza sería una manera de gobernar que, por las características de las sociedades actuales, facilita la gobernabilidad.

5.1.4. El cambio en los sistemas de gobernanza.

La perspectiva constructivista (Maturana, 1984) resulta de gran utilidad para entender la gobernanza. Los sistemas que las sociedades ponen en marcha para organizarse y tomar decisiones no responden a leyes naturales, universales e inalterables, sino que son contruidos dialécticamente por los propios actores implicados. Además, esos procesos de gobernanza son interdependientes respecto a los contextos históricos, económicos, políticos, sociales y culturales en los que son contruidos. Como afirman Peris et al. (2008) *“la realidad sociopolítica se construye intersubjetivamente a través del diálogo y son precisamente las características de ese diálogo –con su intersubjetividad asociada- las que determinan las características de un sistema de gobernanza dado”*.

Sin embargo, ese carácter relativo, particular y contextual de los sistemas de gobernanza no significa que su transformación resulte sencilla. Siguiendo con las reflexiones de Peris et al. (2008) “*el cambio en la gobernanza no se puede hacer por decreto ya que lo que ha de cambiar es nada menos que las reglas estructurantes de la acción colectiva, y con ellas los modelos mentales que las ordenan, los valores compartidos que las legitiman, las actitudes y capacidades que las implementan y los equilibrios de poder que las sostienen*”. ¿Cómo se producen entonces las transformaciones en los sistemas de gobernanza? Bevir y Rhodes (citados por Peris et al., 2008) afirman que el cambio se produce cuando surge un desajuste entre las tradiciones del sistema y la irrupción de un nuevo dilema o reto que no puede resolverse desde las premisas tradicionales. Hatchuel (citado por Denis et al., 2010) sostiene que las reformas en los sistemas de gobernanza pueden proceder de cambios en los siguientes elementos: la emergencia de nuevos objetos de gobierno, la definición de una utopía hacia la que debería tender un sistema, la designación de nuevas figuras de actores y la puesta en marcha de una nueva instrumentación. Utilizando su propuesta, trataré a continuación de relacionarla con los cambios en el contexto de la atención sociosanitaria:

- *La emergencia de nuevos objetos de gobierno.* Por ejemplo, la atención a las necesidades complejas o mixtas puede ser un nuevo objeto de gobierno que exija la revisión en la gobernanza del sistema social y sanitario.
- *La definición de una utopía hacia la que debería tender un sistema.* Por ejemplo, principios o valores inspiradores y consensuados como la equidad en salud, o la centralidad de la persona, pueden contribuir también a la transformación en los sistemas de gobernanza. La asunción de una concepción de la salud, como la referida en el apartado 4.4.4., también puede ser considerado un “concepto-utopía” inspirador para el cambio.
- *La designación de nuevas figuras de actores.* Por ejemplo, la aparición de nuevos actores, o la puesta en valor de actores tradicionalmente relegados, como pueden ser las personas usuarias de los servicios (individualmente o través de grupos de interés o presión), se constituiría en un factor de cambio relevante.
- *La puesta en marcha de una nueva instrumentación.* Por ejemplo, la incorporación de sistemas de información, el aprovechamiento de las

tecnologías de la información y la comunicación, la aplicación de metodologías de evaluación, o el desarrollo de circuitos integrados de atención, ofrecen nuevas posibilidades en el desarrollo de los procesos de gobernanza.

Otro factor de cambio a considerar es la transformación en las necesidades de la población destinataria o la variación en sus demandas. A ese respecto, me remito al apartado 4.4., donde me referí a cómo determinadas transformaciones sociales y sanitarias (cambios en los patrones de mortalidad-morbilidad y transformaciones en los apoyos familiares) han incrementado el interés por encontrar y desarrollar nuevas estrategias ante las demandas y necesidades sociosanitarias complejas.

Asimismo, otro importante factor de cambio lo constituyen las transformaciones en el entorno político, social o institucional. También en el apartado 4.4.5. hice alusión a cómo el reconocimiento de nuevos derechos sociales, y la legislación y los servicios generados como consecuencia, han influido en el incremento de la sensibilización en torno a la atención sociosanitaria.

En cuanto a la manera en la que se desarrollan los cambios en los sistemas de gobernanza, diferentes autores han analizado cómo cualquier cambio organizacional sigue un proceso estructurado en torno a una serie de fases. Por ejemplo, aunque refiriéndose a las organizaciones en general, y no específicamente a los sistemas de gobernanza, Carreras et al (2010) plantean que en los cambios organizacionales (efectivos y duraderos) se pueden distinguir una serie de hitos o fases. Para realizar su propuesta, estos autores utilizan las referencias de Lewin y de Kotter. Así, Kurt Lewin (citado por Carreras et al., 2010) planteaba que en toda transformación organizacional debe existir una primera fase de “*descongelación*”. Es la fase en la que, como refería anteriormente, se produce el desajuste entre las tradiciones del sistema y la irrupción de un nuevo dilema o reto. En este momento se requiere que en el sistema exista inquietud, para que se evidencie la necesidad del cambio. La segunda fase es la del “*movimiento*”, donde se introducen los cambios en las estructuras, los servicios, los valores, etc. Una tercera fase imprescindible es la de “*congelación*”, donde deben institucionalizarse los cambios adoptados en la segunda fase. En cuanto a la propuesta de Kotter (citado por Carreras et al., 2010), se trata de un modelo descriptivo sobre los “*8 pasos*” que una organización debe seguir para implementar una transformación: Crear un sentido de

urgencia; Formar una coalición para el cambio poderosa; Crear la Visión; Comunicar efectivamente la visión y las estrategias; Empoderar a otros para actuar en nombre de la visión; Conseguir victorias a corto plazo; Consolidar mejoras y continuar con el cambio; Institucionalizar las nuevas formas de actuar. Inspirándose en estos dos autores, Carreras et al (2010) plantean un modelo de transformación organizacional estructurado en tres grandes fases y nueve subfases:

1. Generar el cambio:

- 1.1. Establecer sentido de urgencia.
- 1.2. Formar una coalición para el cambio.
- 1.3. Crear una visión.

2. Promover el cambio:

- 2.1. Definir la estrategia y planificar el cambio.
- 2.2. Comunicar visión y estrategia.
- 2.3. Superar los obstáculos y ayudar a la gente a cambiar.
- 2.4. Conseguir victorias a corto plazo y trabajar para el largo.
- 2.5. Seguir los resultados, ajustar el cambio y rendir cuentas.

3. Institucionalizar el cambio:

- 3.1. Introducir el cambio en la cultura organizativa.

Como decía anteriormente, los cambios no se pueden hacer por decreto, ni acontecen de manera natural. Uno de los factores necesarios para que el cambio se produzca, y para que su ritmo y dirección sean productivos para las personas y las organizaciones, es la acción de un liderazgo eficaz. Un liderazgo que pueda acompañar, estimular e incluso empujar a lo largo de las fases y subfases señaladas.

5.1.5. Liderazgo en los sistemas de gobernanza.

Siguiendo en parte la definición de Northouse (2001), podemos decir que el liderazgo es un proceso por el cual una persona, un grupo de personas o una organización influyen en una serie de individuos, grupos u organizaciones para conseguir un objetivo común.

Como ya se viene argumentando en esta tesis al fundamentar la irrupción de un concepto ampliado de gobernanza, la creciente complejidad de las sociedades modernas, junto con la presencia de nuevos actores que comparten funciones tradicionales del Estado (como la prestación de servicios), han influido en que el rol de liderazgo adquiera una especial relevancia entre las funciones de los gobiernos. La idea ya expuesta del Estado “catalizador”, que impulsa la creación de coaliciones y utiliza estrategias basadas en la negociación y la cooperación, está muy vinculada con el liderazgo público como uno de los ejes de la gobernanza.

En el caso de la atención sociosanitaria, las profundas transformaciones que deben efectuarse en las estructuras, las metodologías, o las culturas institucionales y profesionales, no serán posibles sin la presencia de un liderazgo comprometido, visible, que sea capaz de comunicar y promover claramente la visión y los objetivos de la atención sociosanitaria, que ayude a los y las profesionales a apropiarse del proceso, que impulse la construcción de una nueva cultura institucional,... (MSSI, 2011). Lógicamente, para desarrollar estas transformaciones también será precisa la presencia de buenos gestores, pero éstos son necesarios fundamentalmente en la fase de implementación. Si paralelamente no existe un ejercicio de liderazgo que transmita visión, que genere compromiso, que genere cambios culturales,... se podrán lograr cambios puntuales, pero no será suficiente para lograr transformaciones significativas y sostenibles.

Siguiendo los argumentos planteados por Stewart Black y Gregersen (citados por Carreras et al., 2010), una de las funciones esenciales del liderazgo consiste en contrarrestar tres grandes barreras que bloquean los cambios:

- *La falta de visión.* A pesar de la presencia de factores externos e internos que fundamenten la necesidad del cambio, muchas personas y organizaciones se muestran ciegas a la transformación.
- *La falta de movimiento.* A pesar de haber entendido la necesidad del cambio, muchas personas y organizaciones no quieren moverse o no saben hacia dónde moverse.
- *La falta de finalización.* Muchos cambios fracasan porque las personas y organizaciones no se mueven lo suficientemente rápido o no avanzan lo suficientemente lejos como para finalizar el proceso de cambio.

Para lograr desbloquear estas barreras, desde el liderazgo se deben manejar diferentes estilos complementarios. De entre todas las clasificaciones existentes, he elegido la tipología aportada por Goleman et al. (2008), por su claridad y globalidad en la comprensión de las diferentes funciones que debe abarcar el liderazgo:

- *Visionario.* Es el liderazgo que “va por delante”, que proyecta un objetivo común que resulta motivador y movilizador.
- *Entrenador.* Se preocupa por la capacitación permanente y contribuye al desarrollo profesional de los miembros de la organización o de la red de organizaciones.
- *Afiliativo.* Es el estilo de liderazgo que potencia la creación de un clima relacional positivo, que fomenta la cohesión.
- *Democrático.* Propicia la participación, la negociación y el consenso en la toma de decisiones.
- *Timonel.* Propone objetivos desafiantes y alienta hacia su consecución.
- *Autoritario.* Visibiliza las normas y procedimientos, y garantiza su cumplimiento.

En un proceso de transformación, pero también en el funcionamiento cotidiano de una organización o un sistema de gobernanza, es necesario poner en marcha todos estos estilos, en unas fases o en otras, con unos grupos o con otros, para unos objetivos o para otros. En ese sentido, una de las cualidades de un buen liderazgo consiste

precisamente en tener la capacidad para detectar en qué momento es preciso ejercer un estilo u otro, o con qué intensidad se debe aplicar uno u otro.

5.1.6. Participación social: un reto ético y pragmático de la gobernanza.

Gobernanza supone, entre otras cosas, establecer propósitos comunes, intercambiar o compartir recursos, tomar decisiones en común, trabajar en red,... En ese sentido, la participación de agentes diversos en la tarea de gobernar forma parte del núcleo fundacional de la gobernanza. En el interior de esos procesos de participación se pueden observar diferentes relaciones de poder, extremas en unos casos o más equilibradas en otros. Fantova (2008) plantea una tipología que es muy útil para observar precisamente las relaciones de poder más extremas que se pueden observar en un sistema¹⁶³:

- ✓ *Politización*. Es cuando existe una excesiva cuota de poder de las personas con responsabilidad política. Fantova (2008) señala que en estos casos se pueden producir “*fenómenos de cooptación, nepotismo o utilización clientelar de los servicios sociales*”.
- ✓ *Managerialismo*. En este caso, el poder se encuentra desequilibrado hacia las personas gestoras.
- ✓ *Burocratización*. El poder recae en las normas y en los procedimientos establecidos.
- ✓ *Tecnocracia*. Es cuando se observa un excesivo peso de las y los profesionales.
- ✓ *Clientelismo*. Son los y las clientes (por ejemplo, los financiadores) quienes poseen un peso exagerado.
- ✓ *Participacionismo*. En este caso, la situación de poder se desequilibra hacia el lado de las personas usuarias.

¹⁶³ En este caso, la tipología fue elaborada para analizar las relaciones de poder en los servicios sociales. No obstante, también podría servir para analizar otros sistemas.

Lógicamente, y según la propuesta planteada desde esta tesis, los sistemas de gobernanza serán más eficaces y eficientes si logran alcanzar un adecuado equilibrio en las cuotas de poder con las que cuenta cada uno de los agentes participantes.

Aunque el trabajo en red (que abordaré en el siguiente apartado) y el liderazgo (al que ya me he referido) son estrategias muy adecuadas para alcanzar el equilibrio en la participación de los diferentes agentes, en este momento me voy a centrar en las aportaciones que la participación social puede realizar a los sistemas de gobernanza.

El eje de la participación ha sido resaltado especialmente desde el enfoque de la gobernanza local, que subraya el papel de la participación social en los procesos de adopción de decisiones e incluso en la puesta en marcha de los acuerdos alcanzados. Dos son los argumentos que suelen ser señalados para fundamentar que la participación social contribuye a la calidad de la gobernanza (Guy Peters, 2005).

- *Argumento ideológico.* Desde esta lógica se propugna ir más allá de la democracia representativa, en la que la ciudadanía se limita a votar periódicamente a sus representantes. La ciudadanía debe tener mayor influencia en la definición y el desarrollo de las políticas que se adoptan en su nombre. Asimismo, pero trasladando la lógica a las organizaciones, se apuesta por la democratización de las mismas, facilitando una mayor participación de trabajadores y trabajadoras en la descripción de sus puestos y en la definición global de la estrategia organizativa.
- *Argumento pragmático.* En este caso se trata de argumentos que apuestan por la participación como una vía que permite mejorar el funcionamiento y los resultados de las políticas y las organizaciones. Así, se indica que los miembros de una organización abierta y participativa se sienten más motivados, y por ello invierten más tiempo y esfuerzo en su trabajo. También se subraya que las personas que trabajan en “puestos inferiores” tienen gran acceso a información sobre las características y necesidades de las personas usuarias, por lo que es importante contar con sus aportaciones en el diseño y evaluación de las políticas. Lo mismo se podría decir si se cuenta con la información aportada por las personas usuarias y otros grupos

de interés sobre sus propias necesidades y demandas. Finalmente, se afirma que una adecuada política de participación y relación con la sociedad civil incrementa la legitimidad de las políticas y del propio sistema de gobernanza.

De nuevo nos encontramos ante un concepto, el de participación, de gran complejidad y múltiples aristas. Son diversas las clasificaciones que se pueden establecer, dependiendo del nivel de participación, de los mecanismos o de los contenidos:

- Pastor (2012) distingue tres niveles en el proceso de participación. El primer nivel es la información. Es el nivel menos exigente, aunque es imprescindible disponer de información para que se puedan producir los restantes niveles de participación. El segundo nivel es la consulta. En este caso se abre la posibilidad de expresar opiniones, sugerencias y propuestas que puedan incidir en el diseño o la redefinición de servicios, programas y/o políticas. La delegación o la cogestión, según la propuesta de Pastor (2012) constituiría el tercer nivel. En este caso se produce una participación social directa en el desarrollo de las políticas, bien a través de la autogestión o a través de la cogestión. Estos niveles pueden ser subdivididos, e incluso podríamos añadir algunos “peldaños” más en esta “escalera” de la participación: la iniciativa, que consiste en elaborar y proponer recomendaciones, sin que medie una consulta previa; y el control o fiscalización, en el que desde la sociedad civil se realiza una labor de supervisión del gobierno.
- En relación con los mecanismos de participación, se pueden plantear procesos directos de participación ciudadana, procesos mediados a través de estructuras articuladas de la sociedad civil (asociaciones, fundaciones, etc.) y procesos mixtos. Incluso los procesos de participación directa los podemos subdividir en procesos de participación individual, grupal o colectiva.
- En cuanto a los contenidos, la participación puede referirse a problemáticas o necesidades comunes a una sociedad o a una comunidad, puede estar relacionada con un colectivo concreto, e incluso puede referirse a la participación de una persona en su propio proceso de salud, social o sociosanitario (Arza, 2004).

En nuestra legislación, tanto en la sanitaria como en la social, la participación social está contemplada e incluso cuenta con una normativa específica. Aunque ya en las leyes de servicios sociales de primera generación (años 80) la participación estaba presente, las leyes más actuales la incluyen también en las carteras de servicios y la vinculan con la calidad y los derechos y deberes de profesionales y personas usuarias, así como con la implicación de la iniciativa social en la prestación de servicios. *“Respecto a la participación de las personas usuarias, las leyes de servicios sociales de segunda y tercera generación les atribuyen, al menos formalmente, un papel más activo, concretamente: participar en todas las decisiones que les afectan de forma directa o indirecta, individual o colectiva”* (Pastor, 2012). En cuanto al Sistema Nacional de Salud, regula la participación mediante la Ley 41/2002 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que incorpora *“el reconocimiento explícito de la capacidad de elección e influencia de los pacientes, tanto individual como colectiva, por medio de las organizaciones que los representen”*.

La existencia de toda esta normativa no implica que realmente se cumpla, o que la manera en la que se cumple suponga una real participación social. Más bien al contrario, las opiniones críticas respecto a la manera en la que se gestiona la participación son abundantes tanto en el sistema sanitario como en el social. Respecto al sistema sanitario, Martín-García, et al (2006) afirman que *“es una paradoja que la participación comunitaria se considere un principio fundamental en cualquier texto legislativo internacional, estatal o autonómico y suela ser un leitmotiv destacado en las intervenciones de todos los políticos, sea cual sea su adscripción ideológica, mientras que apenas hay medidas concretas y apoyo institucional real que permitan su desarrollo”*. Por su parte, Pastor (2012), tras una evaluación de los órganos de participación en los servicios sociales municipales, expone una amplia serie de críticas a su funcionamiento. Por su interés, y también por su transferibilidad al análisis de otros sistemas, expondré a continuación una síntesis de sus reflexiones:

- La representación en los consejos de participación tiene mayoritariamente una base asociativa y no de personas individuales, plataformas o pequeñas entidades.

- Además, ciertas organizaciones acaparan la representación social en múltiples foros participativos.
- La utilización de lenguajes o documentos tecnocráticos provoca la exclusión de personas u organizaciones que no son capaces de manejarse en ese nivel de argumentación.
- Se trata de espacios consultivos y no vinculantes para las administraciones públicas, por lo que el concepto de participación que se maneja es muy restrictivo.
- Las organizaciones sociales participan como “consumidores invitados” de la información facilitada por la administración pública, pero no como protagonistas.
- Los procedimientos participativos son percibidos y considerados más un trámite técnico-administrativo a cumplir que un proceso político.

En relación con las organizaciones sociales, Pastor (2012) plantea que han perdido en gran parte su flexibilidad y capacidad de innovación, ya que están sometidas a los procedimientos y condiciones manejadas por las administraciones públicas para el acceso a los fondos públicos. Además, su dependencia económica les genera grandes dilemas sobre su identidad, autonomía y ética.

Las críticas planteadas por Pastor (2012) nos hablan con claridad de la deriva *managerialista*, *burocrática* y *tecnocrática* de los órganos formales de participación creados. Recuperar, si es que en algún momento existió, la centralidad de la persona en el funcionamiento de los sistemas y las organizaciones, debe ser uno de los ejes fundamentales en la gobernanza, y especialmente en el caso que nos ocupa: la atención sociosanitaria. Las propuestas planteadas en el apartado 4.6.3., y especialmente las referidas al acompañamiento social, los programas asertivo comunitarios y el apoyo entre iguales, se pueden constituir en estrategias de gran utilidad para ello. Asimismo, es preciso poner en marcha mecanismos de participación que procuren evitar en su funcionamiento las derivas planteadas por Pastor (2012):

- Consejos territoriales o temáticos de participación social.
- Comités de personas usuarias de los servicios.
- Desarrollo de experiencias de presupuestos participativos.

- Referendos o consultas populares.
- Técnicas para la recogida de las opiniones sociales: encuestas de satisfacción, grupos de discusión, etc.
- Mecanismos para la participación social en la elaboración y evaluación de planes estratégicos y planes, programas o proyectos temáticos.

5.1.7. Gestión de redes de gobernanza.

Muchos analistas identifican la gestión de redes de actores públicos, privados y sociales con la forma moderna de gobernar, y a ésta con la gobernanza. La gestión de redes forma parte de la transformación en el rol de las autoridades públicas, que están pasando de un ejercicio jerárquico del poder a otro más vinculado con la negociación y la cooperación. Se trata de una manera de gobernar mejor adaptada a la interdependencia y la transversalidad propias de las sociedades modernas.

En las políticas públicas, las redes suponen una posibilidad de interacción entre diferentes agentes alrededor de un sector determinado de la acción gubernamental. Prats (2003), destaca cómo la gestión de redes conlleva varias ventajas para la eficacia y la innovación de las políticas:

- *“Permiten acceder a una variedad mayor de fuentes de información.*
- *Ofrecen mayores oportunidades de aprendizaje.*
- *Ofrecen bases más flexibles y estables para la coordinación y el aprendizaje interactivo.*
- *Representan mecanismos adecuados para la creación y el acceso al conocimiento tácito”.*

El concepto básico de red implica la existencia de una relación, relativamente estable, entre organizaciones. Esta relación debe ser productiva y beneficiosa para todas las partes, por lo que debe estar fundamentalmente basada en la interdependencia mutua y no tanto en la jerarquía. Las redes (también las de gobernanza) pueden ser clasificadas atendiendo a diferentes variables (Börzel, 1997; Blanco y Goma, 2002; Natera, 2004):

- El número de actores implicados (la densidad de la red).
- El tipo de actores implicados (la heterogeneidad de la red).
- La intensidad relacional.
- La función principal: afrontar un problema, producir un servicio o un producto, intercambio entre profesionales, intercambio entre gobiernos, etc.
- Las relaciones de poder (grado de desigualdad de la red).
- El manejo de los diferentes intereses (grado de negociación en la red).
- Las relaciones con el entorno (grado de apertura e impacto de la red).

¿Qué actores deben participar en una red de gobernanza? Deberán ser aquellos actores que se consideren estratégicos para la política concreta que se esté desarrollando. Pero ¿quiénes son los actores estratégicos? Siguiendo a Cooppedge (citado por Peris, 2008), podríamos decir que son estratégicos aquellos actores que cuentan con recursos de poder suficientes para impedir o perturbar el funcionamiento de las reglas o procedimientos de toma de decisiones y de solución de conflictos colectivo. Quizás la lectura que Cooppedge realiza de los recursos de poder esté planteada excesivamente en negativo (impedir o perturbar), por lo que yo añado que también pueden ser actores estratégicos los que cuenten con recursos de poder para facilitar o mejorar esas reglas o procedimientos de toma de decisiones y solución de conflictos a los que se refiere. Según Prats (2003) *“los recursos de poder pueden proceder del control de determinados cargos o funciones públicas (legislativo, ejecutivo, política económica-financiera, ejército, gobierno local,...), del control de factores de producción (capital, trabajo, tecnología, materias primas,...), del control de la información y las ideas (medios de comunicación,...), de la capacidad de movilización social (activistas, sindicatos, organizaciones de la sociedad civil,...), o de una pretendida autoridad moral (iglesias,...)”*. Especialmente en el caso que nos ocupa en esta tesis (la atención sociosanitaria) deberíamos añadir también el poder de la experiencia y “del saber”, ostentado por personas expertas y universidades, así como el poder de las propias personas y colectivos a los que se destinan las políticas, o el poder de las personas que aplican las políticas sobre el terreno (profesionales sociales y sanitarios, personal administrativo, etc.).

Y es que, el poder, juega un papel central en la gobernanza. Un poder que, en la esencia del concepto de red, tiene una distribución horizontal, promoviéndose las relaciones de igualdad basadas en la confianza y la lealtad entre sus miembros. Sin embargo, en las redes constituidas en el marco de las políticas públicas se suelen producir situaciones de “red desigual” (Natera, 2004), en las que los actores gubernamentales ejercen mayor poder. Antonio Natera (2004) propone una tipología en la que se describen siete tipos de relaciones de cooperación actores públicos-actores privados o sociales. La describiré a continuación, basándome en parte en las reflexiones de este autor:

- *Relaciones formales (de autoridad)*. Aunque constituyen el estilo de relación de las organizaciones burocráticas clásicas, podemos encontrarlas en todo tipo de escenarios. La posición formal, y las normas y procedimientos establecidos, son los que legitiman la autoridad de determinado actor público para la gestión de la red. El resto de actores colaboran en la red porque son conscientes de esa autoridad formal y de la fundamentación legal de la misma. La transparencia, claridad y estabilidad de las normas y procedimientos es fundamental para el buen funcionamiento de este estilo de red. Asimismo, si el resto de actores participaron en el proceso para la definición de las normas y procedimientos, el compromiso y la adhesión a la red será mayor.
- *Relaciones coercitivas*. Es un subtipo de las relaciones formales y, en ocasiones, es difícil trazar con claridad las fronteras entre unas y otras. En este caso, la amenaza de sanción está muy presente en la motivación del resto de actores integrantes de la red. Podríamos decir que la diferencia entre las relaciones formales y las coercitivas reside en la intensidad en el uso de la autoridad, que puede llegar a ser “abuso de autoridad” en determinados estilos coercitivos.
- *Relaciones utilitarias*. Este tipo de relaciones se fundamentan en el intercambio negociado (implícita o explícitamente) de bienes, servicios o favores. El éxito de este tipo de redes reside en la transparencia, es decir, en que todas las partes tengan claras las ventajas y compromisos que implica su participación. Asimismo, es preciso que existan recursos para intercambiar,

que éstos sean interesantes para las partes, que haya una distribución justa de las aportaciones y que se considere legítima la relación establecida de esa manera.

- *Relaciones clientelares.* Supone una mezcla entre la relación de autoridad y la utilitaria. Está basada en el intercambio, pero en un contexto marcado por la desigualdad de poder y la dependencia. Los actores gubernamentales que ostentan la autoridad ofrecen recursos (económicos, materiales, parcelas de poder, prestigio, etc.) y el resto de actores (sus “clientes”) responden con el ofrecimiento de otros recursos materiales o, fundamentalmente, intangibles (fidelidad, gratitud, apoyo político-electoral, silencio, etc.).
- *Relaciones articuladas en torno a una coalición.* Para que se establezcan este tipo de relaciones es necesario que exista alguna causa u objetivo común a todos los integrantes de la red. Una vez identificada, se establece una coalición de intereses. En este tipo de redes los recursos no se intercambian, sino que son puestos en común para lograr avanzar hacia la causa u objetivo común. El liderazgo es fundamental para que este tipo de redes de gobernanza sean eficaces y sostenibles.
- *Relaciones basadas en la cooptación.* Consiste en que el actor gubernamental que ostenta la autoridad integre a algún miembro del resto de actores en la esfera decisional del gobierno, para el diseño o desarrollo de determinadas políticas. La cooptación puede servir para que el actor gubernamental aproveche e integre los saberes y recursos de otros actores, pero también puede ser una estrategia clientelar para lograr acallar a determinados actores que resultaban incómodos.
- *Relaciones basadas en vínculos personales.* En este caso, los actores gubernamentales tratan de establecer relaciones de confianza con el resto de actores a través de las relaciones personales. Si utilizan las relaciones familiares estaríamos hablando de relaciones basadas en el nepotismo.

Lógicamente, como toda tipología, se trata de una construcción didáctica que nos puede servir para diagnosticar las tendencias en las redes de gobernanza existentes, pero en la realidad difícilmente hallaremos tipos puros como los descritos aquí. Lo habitual será que nos encontremos, por ejemplo, con una red de gobernanza construida a partir de relaciones preponderantemente formales, pero en la que también se detecten

algunas relaciones clientelares y otras basadas en vínculos personales. De hecho, una red será más débil e inestable si se sustenta únicamente en un tipo de relación, y será más fuerte y estable si logra una combinación operativa entre diferentes tipos de relaciones. No obstante, no todos los tipos de relaciones contribuyen de igual manera (ni ética, ni operativamente) a la sostenibilidad y eficacia de una red de gobernanza. Desde mi punto de vista, las relaciones formales, utilitarias y de coalición, son las que deben ser reforzadas fundamentalmente en una red de gobernanza.

5.1.8. Gestión relacional: herramientas o estrategias para la gobernanza.

Como señala Pascual (2009), la gestión relacional es el tipo de gestión específica y característica de la gobernanza, al igual que la gestión de procedimientos o la gestión gerencial lo son del modelo burocrático o del gobierno proveedor de servicios. La gestión relacional *“puede definirse como un conjunto de métodos y técnicas para lograr una respuesta compartida y articuladora de esfuerzos y recursos entre diferentes actores y sectores de ciudadanía a los retos que un territorio tiene planteados. O si se prefiere parafraseando a Metcalfe, un conjunto de métodos y técnicas para facilitar que entidades formalmente independientes actúen de manera interdependiente”* (Pascual, 2009). Teniendo en cuenta este concepto, en la gestión relacional podrían encajar perfectamente la mayor parte de las estrategias para el desarrollo de la atención sociosanitaria que he mencionado en el apartado 4.6.:

- *Nivel estructural o estratégico*: integración competencial, descentralización o delegación competencial, planificación estratégica intersectorial, modelos de financiación compartida.
- *Nivel organizativo*: zonificación sociosanitaria, *ventanilla única*, coemplazamiento, estructuras formales de coordinación, trabajo comunitario en red, estandarización de los procesos de atención sociosanitaria.

En cuanto a las estrategias del nivel de intervención (gestión de casos, acompañamiento social, programas asertivo comunitarios, apoyo entre iguales), al

contemplar entre sus objetivos la garantía de la continuidad asistencial, y procurar constituirse para ello en “puente” o “eslabón” entre diferentes recursos y sistemas, también contribuyen de esta forma a la gestión relacional. Asimismo, los espacios, las metodologías y las técnicas de participación social, ya referidas en el apartado 5.1.6., se constituyen también en herramientas imprescindibles para el desarrollo de la gestión relacional.

5.1.9. Algunos riesgos de la gobernanza.

Finalmente presentaré algunas áreas de riesgo en el ejercicio de la gobernanza, así como algunas posibles respuestas ante estos riesgos. Todas ellas tienen que ver con los tres ejes estratégicos de la gobernanza que he defendido en este apartado de la tesis: el liderazgo, la participación y la gestión de redes. En ese sentido, los mecanismos para afrontar estos riesgos también han sido referidos en los apartados donde desarrollé cada uno de los ejes:

- En primer lugar, es importante tener en cuenta los problemas que puede causar una visión ingenua de la participación en la gobernanza. Es decir, pensar que si los diferentes actores han aceptado participar en el sistema de gobernanza, eso quiere decir que fácilmente se alcanzará un consenso orientado hacia el bien común. Sin embargo, ese enfoque no tiene en cuenta las posiciones de poder existentes en la interacción entre actores, que ni son siempre simétricas, ni responden a las mismas capacidades y oportunidades, ni están orientadas en todos los casos por los mismos intereses. Además, en muchos casos son relaciones conflictivas, ya que pueden responder inicialmente a intereses contrapuestos e incompatibles. Por ello, es fundamental aceptar la existencia de esta realidad para poder poner en marcha estrategias de negociación y mediación que permitan encontrar vías para la acción colaborativa, pero reconociendo siempre la existencia de intereses particulares (Peris et al., 2008; Pascual, 2009). No obstante, ni siquiera las decisiones adoptadas tras un proceso de negociación y mediación tienen por qué ser las “correctas”. Por un lado, se debería analizar si realmente se han tenido en cuenta los intereses y las propuestas de todos los sectores implicados. En ocasiones, tras la “marca gobernanza” únicamente existe

el *partenariado* entre los agentes más poderosos de una comunidad o de un sector, mientras que en otros casos la presencia de ONG,s no garantiza que realmente esté representada toda la sociedad, debido a la limitada representatividad de algunas entidades sociales y a que algunos sectores de la sociedad no están organizados, o a que no todos están igual de bien organizados. Por otro lado, también se debería analizar si las decisiones adoptadas son coherentes con determinados objetivos o principios consensuados en la política pública en general (equidad, solidaridad, eficiencia,...) o en la política pública sectorial concreta.

- En segundo lugar, debemos tener en cuenta que la gobernanza no genera únicamente un nuevo orden administrativo, sino que también construye un nuevo orden político (de relaciones entre los poderes públicos y entre éstos y la ciudadanía). Sin embargo, se trata de un orden político que puede entrar en contradicción y suponer un desafío para el orden político de la democracia representativa, ya que plantea alternativas a sus órganos de decisión, a los agentes que participan tradicionalmente en la toma de decisiones y a los métodos para alcanzarlas. Además, una debilidad de los sistemas de gobernanza es que carecen del sustento normativo y de la legitimidad de los sistemas tradicionales (Aguilar, 2008). Por ello, el liderazgo público es fundamental en la gobernanza, especialmente en su labor de “congelación” o institucionalización de los cambios desarrollados, como se señalaba en el apartado 5.1.5. Así, y siguiendo los planteamientos de Aguilar (2008), *“en la nueva gobernanza el gobierno ha dejado de ser el único o el más importante productor del contenido de la gobernanza, pero es el único en la validación del contenido... El gobierno da la forma pública (de ley, decreto, política, servicio...) al contenido de la decisión en cuya elaboración participó en asociación con actores no gubernamentales. Esta observación es otro punto a favor de la inviabilidad pública de una gobernanza sin gobierno”*.
- Por otro lado, la diversidad de agentes que componen los sistemas de gobernanza les permite recopilar y contrastar gran cantidad de información. Esta característica hace que una de las principales potencialidades de los sistemas de

gobernanza sea su capacidad para diseñar nuevas políticas e innovar en las existentes. Sin embargo, la misma complejidad y diversidad organizativa que permite a los sistemas de gobernanza disponer de información múltiple, dificulta que puedan garantizar la aplicación de las políticas diseñadas, especialmente si no existe un liderazgo que gestione adecuadamente la participación y el trabajo en red. Asimismo, la ya señalada debilidad en el sustento normativo y en la legitimidad social tradicional, se convierte también en un elemento obstaculizador para la implementación y la sostenibilidad de las políticas diseñadas.

- Asimismo, y como se afirmaba al definir el concepto de gobernanza, su marco de interacción está determinado por reglas de juego formales, pero también informales. Precisamente la no formalización puede constituirse en un riesgo que provoque dos efectos negativos: la difuminación en las responsabilidades de los diferentes agentes y la falta de transparencia en los procesos de decisión. La rendición de cuentas, tanto dentro del sistema de gobernanza como hacia el exterior, se constituye en un elemento estratégico que puede permitir aportar transparencia a la gobernanza. De nuevo, el liderazgo, se constituye también en otra herramienta que facilita una adecuada distribución de responsabilidades.
- Finalmente, es necesario también observar un riesgo presente en uno de los ejes fundamentales de la gobernanza: el funcionamiento en red. Si las administraciones públicas logran incorporar en el sistema de gobernanza a la sociedad civil, este elemento positivo podría conllevar también la pérdida de autonomía por parte de las entidades sociales (riesgo de cooptación, como se señalaba en el apartado 5.1.7.), e incluso que no existiera ningún elemento de control externo a la acción del gobierno. Volviendo al riesgo señalado en primer lugar, podría ser que el interés público se viera amenazado por los acuerdos alcanzados entre los actores que participan en el sistema de gobernanza.

5.1.10. La gobernanza en las políticas de drogodependencias.

Como ya ha sido reflejado en esta tesis, las políticas de drogodependencias han supuesto una experiencia temprana de gobernanza, en el sentido de la implicación de diversos agentes en la planificación y desarrollo de políticas públicas. Así, en el año 1985 se aprueba el Plan Nacional sobre Drogas, que había sido elaborado a través de un proceso en el que participaron los diferentes grupos políticos, los movimientos sociales, las administraciones públicas autonómicas y locales, así como profesionales del sector. Teniendo en cuenta que las competencias más importantes para las políticas de drogodependencias estaban transferidas a las comunidades autónomas, el papel que el Plan reservaba al Estado era fundamentalmente como “catalizador”¹⁶⁴. De hecho, gran parte de los contenidos del Plan giraban en torno a la coordinación como uno de sus ejes fundamentales de actuación. Los posteriores planes (denominados estrategias nacionales sobre drogas) también fueron elaborados siguiendo la misma metodología e incorporando la coordinación como una de sus prioridades. Para el desarrollo del Plan se constituyó una Delegación del Gobierno, encargada de su dirección e impulso, y se crearon una serie de estructuras de coordinación que han venido funcionando durante estos años:

- Grupo Interministerial, en el que se coordinan los diferentes ministerios con competencias en las políticas sobre drogas.
- Conferencia Sectorial, encargada de la coordinación política entre el grupo interministerial y las diferentes consejerías autonómicas con competencias en las políticas sobre drogas.
- Comisión Interautonómica, encargada de la coordinación técnica entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y los-las responsables autonómicos de las políticas sobre drogas.

En el caso de la Unión Europea, el primer plan (Estrategia Europea sobre Drogas) fue adoptado en el año 1995, siguiendo una metodología similar al plan español, en cuanto a su enfoque intersectorial y la preponderancia de la coordinación.

¹⁶⁴ Siguiendo el concepto de Lindt, al que me referí en el apartado 5.1.1.

Como todas las políticas europeas, las políticas sobre drogas “únicamente” pueden pretender influir en las acciones de los Estados Miembro, por lo que el papel de la Comisión Europea encaja aún mejor en el concepto de agente “catalizador”.

Asimismo, las políticas autonómicas le han otorgado una gran relevancia a la intersectorialidad y a la coordinación interdepartamental, definiendo en sus planes la creación de comisiones interdepartamentales y/o consejos asesores. En el caso de Navarra, el Plan Foral de Drogodependencias planteaba una ambiciosa propuesta de coordinación, tanto a nivel político como técnico o social¹⁶⁵.

Sin embargo, en la aplicación de estos sistemas de gobernanza (tanto a nivel autonómico como estatal o europeo) se detectan una serie de debilidades que han obstaculizado en gran medida sus resultados. Como podremos observar, gran parte de ellas son comunes a las detectadas en la gobernanza de otro tipo de fenómenos multidimensionales, y ya han sido mencionadas en diferentes apartados de la tesis:

- La intersectorialidad es formal, está “en el papel”, en la redacción del plan, por lo que en su posterior aplicación se observa una doble tendencia: hacia la concentración de las responsabilidades en el organismo especializado y en su red de recursos específica, por un lado, y hacia la desinhibición del resto de agentes, por el otro. Esta tendencia se puede observar desde el inicio del Plan Nacional sobre Drogas y, con mayor o menor intensidad, en todos y cada uno de los planes autonómicos.
- Muchos de los órganos de coordinación creados tienen un carácter marcadamente formal y un funcionamiento muy burocrático. En muchos casos, sus reuniones son concebidas como trámites técnico-administrativos o político-administrativos, por lo que su productividad es reducida. En el caso de Navarra, alguna de las estructuras previstas no llegaron a funcionar nunca, mientras que otras dejaron de hacerlo en los primeros años de desarrollo del Plan.
- La práctica totalidad de los órganos de coordinación creados contemplan la participación de los diferentes sectores y niveles de las administraciones públicas, pero no se observa una clara orientación hacia la promoción de la

¹⁶⁵ Ver apartado 3.8.2.1.

participación de las entidades sociales. En el ámbito de la participación de la sociedad civil, nuestra sociedad ha sufrido un notable retroceso en los últimos años. Si a principios de la década de los 80 las principales alternativas fueron puestas en marcha por asociaciones ciudadanas y existía un notable movimiento ciudadano “de lucha contra las drogas”, en la segunda mitad de la década de los 90 se inició un marcado proceso de delegación social en instituciones y profesionales. Este proceso, denominado etapa de “protagonismo profesional” y de “compromiso institucional” por algunos autores¹⁶⁶, fue paralelo a la reducción en la alarma social .

- Siguiendo con la participación, su presencia es aún menor en el caso de la población usuaria o potencialmente usuaria de los servicios. Los diferentes planes y estrategias no la contemplan. Asimismo, en el caso de las entidades sociales, prácticamente desde el principio no estaban constituidas por personas afectadas sino que surgieron por iniciativa de familiares y otras personas sensibilizadas. La tendencia en las últimas décadas ha sido hacia la profesionalización y la prestación de servicios. En cuanto a las asociaciones específicas de personas usuarias, su presencia y consolidación en el Estado Español es tremendamente reducida¹⁶⁷. La extendida representación social que identifica a las personas drogodependientes como incapaces de responsabilizarse y defender sus derechos, puede ser la principal razón que explique esta realidad.

Estas debilidades en la gobernanza pueden agravarse a corto plazo por el paulatino debilitamiento en el subsistema de políticas públicas de drogodependencias. A nivel autonómico, se observa el inicio de una tendencia hacia la desaparición de los organismos específicos que fueron creados en la década de los 80 para la coordinación e impulso de las políticas de drogodependencias, pasando a incorporarse las responsabilidades relacionadas con esta materia en departamentos, servicios o instituciones más amplias¹⁶⁸. En el caso de Navarra, en el año 2011 desapareció la figura de Director-a del Plan, mientras que las responsabilidades de tratamiento a

¹⁶⁶ Ver apartado 3.6.

¹⁶⁷ Ver apartado 4.6.3.4.

¹⁶⁸ Ver apartado 3.4.3.

drogodependientes pasaron a la Dirección de Salud Mental¹⁶⁹ y las de prevención al Instituto de Salud Pública. Como he tratado de reflejar en el presente capítulo, la viabilidad de una política intersectorial e integral (como la que es necesaria en el ámbito de las drogodependencias) no es posible sin el desarrollo de un adecuado liderazgo que pueda gestionar las redes implicadas y que favorezca la participación de los distintos agentes.

Por todo ello, los principios y las metodologías propuestas en este apartado sobre gobernanza son absolutamente válidas y aplicables para el caso de las políticas de drogodependencias. Sintetizaré a continuación las ideas fundamentales del modelo de gobernanza propuesto en esta tesis:

- Los cambios que exige la puesta en marcha de una estrategia intersectorial e integral no se producen por decreto, ni acontecen de manera natural. Es necesario abordarlos desde un proceso de cambio estructurado como el presentado en el apartado 5.1.4.
- Uno de los factores necesarios para que el cambio se produzca y se sostenga es la existencia de una figura de liderazgo institucional clara, eficaz y estable.
- La participación de los diferentes agentes, y especialmente la participación de las entidades sociales y las personas usuarias, forma parte de los principios éticos de la gobernanza, pero también es un elemento pragmático que puede mejorar los resultados e incrementar la legitimidad del sistema de gobernanza.
- La gestión de redes debe formar parte de las competencias fundamentales para el liderazgo de las políticas públicas intersectoriales e integrales.
- Las estrategias para la gestión relacional de la gobernanza¹⁷⁰ son idóneas para el desarrollo de la atención sociosanitaria y, en consecuencia, también para las políticas de drogodependencias.

¹⁶⁹ Aunque sin que en su organigrama aparezca ninguna figura entre cuyas competencias figure la asistencia en drogodependencias.

¹⁷⁰ Ver apartado 5.1.8.

5.2. *Competencia intercultural.*

En el apartado anterior he analizado cómo la compartimentación de los sistemas de atención exige la implementación de nuevos sistemas de gobernanza que permitan mejorar la articulación intersectorial. En ese sentido, la gobernanza se constituye en uno de los ejes fundamentales para el desarrollo de la atención sociosanitaria. Asimismo, en el capítulo sobre atención sociosanitaria he tratado de argumentar cómo la fragmentación en la atención dificulta la intervención integral y la continuidad de los cuidados. Como consecuencia, desde esta tesis he propuesto el desarrollo de estrategias de intervención profesional centradas en la persona y enfocadas desde la proximidad¹⁷¹: gestión de casos, acompañamiento social, programas asertivo comunitarios, educación entre iguales y otras estrategias de proximidad. En este apartado voy a argumentar que la eficacia y viabilidad de este tipo de estrategias exige la incorporación de una dimensión fundamental de análisis: la dimensión intercultural. Por ello planteo, como segundo eje para el desarrollo de la atención sociosanitaria, el modelo de competencia intercultural.

Partiendo de una concepción de la salud, y de las drogodependencias, como fenómenos socialmente contruidos, en este apartado profundizaré inicialmente en el concepto de cultura y en sus vinculaciones con la salud en general y las drogodependencias en particular. Posteriormente focalizaré mi atención en la denominada competencia intercultural, un modelo de trabajo que pretende mejorar la atención a personas con identidades culturales diferentes. Tradicionalmente es aplicado en la intervención con población inmigrante o de minorías étnicas autóctonas. Sin embargo, el valor añadido de esta tesis reside en que se propone su aplicación a la mejora de la atención a colectivos con expresiones identitarias no étnicas, como es el caso de las personas drogodependientes.

¹⁷¹ Ver apartado 4.6.3.

5.2.1. Concepto de cultura.

De entre las innumerables definiciones que podemos encontrar sobre cultura en la literatura científica he elegido la propuesta por Plog y Bates (citados por Giménez y Malgesini, 1997): “*El sistema de creencias, valores, costumbres, conductas y artefactos compartidos, que los miembros de una sociedad usan en interacción entre ellos mismos y con su mundo, y que son transmitidos de generación en generación a través del aprendizaje*”. Como complemento a este concepto, y siguiendo en parte lo planteado por Giménez y Malgesini (1997), destacaré a continuación los principales elementos del concepto de cultura que he manejado en la elaboración de esta tesis:

- Hablar de cultura es hablar de conducta aprendida. Estas conductas codificadas culturalmente son transmitidas a través de diferentes agentes de socialización o enculturación (la familia, la escuela, el grupo de iguales, o los medios de comunicación social). El peso de cada agente de socialización puede ser muy diferente dependiendo del grupo cultural al que nos refiramos.
- La cultura está constituida también, y en muchas ocasiones sobre todo, por modos de interpretación de la realidad que también son aprendidos y transmitidos a través de los agentes de enculturación ya mencionados. En este caso no hablamos de conductas, sino de creencias, ideas o valores, pero que se encuentran íntimamente ligados a los comportamientos. Las interpretaciones de la realidad también se refieren a la representación de uno mismo y de sus vínculos. Como señala García Canclini (2004), la cultura también supone modos de autorrepresentarse y de representar a los demás. Estas maneras de autorrepresentarse y de heterorrepresentar son muy persistentes, por lo que en ocasiones las identidades culturales diferenciadas se mantienen aunque los estilos de vida entre los distintos grupos sean muy parecidos.
- La cultura se transmite a través de símbolos que, como tales, son subjetivos, interpretables, arbitrarios y cambiantes. Aludiendo a la complejidad de los sistemas simbólicos humanos, Plog y Bates (citados por Giménez y Malgesini, 1997) señalan que son “*cosas arbitrarias (por ejemplo una palabra) usadas para representar otra cosa únicamente porque la gente que la usa acuerda que*

ello sea así". No obstante, lo mismo podríamos decir también respecto a otras formas de comunicación no verbal que sirven para construir y transmitir identidades culturales (por ejemplo: banderas, músicas, vestimentas, gestos o rituales).

- La cultura es un sistema interrelacionado. Las costumbres, las instituciones, los valores o las creencias presentes en una cultura, se encuentran vinculadas de una manera lógica. Cuando uno de estos elementos cambia, los demás también lo hacen en mayor o menor medida.
- La cultura es compartida diferencialmente. Variables sociales como la edad, el sexo, la posición socioeconómica, la clase social o la religión, influyen en que cada grupo, subgrupo e individuo viva la cultura común de forma diferenciada, dándole su tono particular. Asimismo, debemos tener en cuenta la existencia de identidades múltiples que confluyen en un grupo o en una persona y que influyen en la generación de identidades mosaico, como señala Amin Maalouf (1999)¹⁷².
- La cultura es un dispositivo de adaptación. Surge y se mantiene como respuesta a desafíos del medio natural y social. Precisamente las culturas más sostenibles son aquellas capaces de ir incorporando cambios para adaptarse a las transformaciones del contexto. Respecto a esos cambios culturales, Plog y Bates (citados por Giménez y Malgesini, 1980) plantean una secuencia típica: ante un nuevo desafío se construye una nueva respuesta, que al principio suele ser minoritaria y cuestionada por la mayoría; la nueva respuesta comienza a ser considerada aceptable en el grupo; la nueva respuesta comienza a generalizarse; el cambio se convierte en producto de la cultura y es transmitido a la nueva generación. Por otro lado, es importante tener en cuenta que los procesos de construcción y reconstrucción de las culturas no son realizados de manera aislada, sino que siempre se realizan en contacto con otras culturas e influencias externas, por lo que los préstamos e intercambios culturales son permanentes.
- Tener en cuenta el concepto de cultura supone descubrir la importancia de la existencia de diferentes modos de mirar y entender la realidad. Asimismo, su manejo no implica que debamos conocer en profundidad todas las culturas con

¹⁷² Volveré sobre este concepto al referirme posteriormente a la competencia intercultural profesional.

las que nos relacionamos, sino que nos ayuda a prevenir la generalización y la valoración “del otro” únicamente desde nuestros esquemas (Vázquez, 2002).

En definitiva, frente a otro tipo de análisis culturales más centrados en buscar “las esencias” que diferencien a cada grupo cultural, en este caso asumiré un enfoque teórico constructivista centrado en el análisis de las relaciones (con otras culturas, con el contexto histórico, económico, social y político) y no tanto en el de los contenidos. Un enfoque que reconoce y resalta la intersubjetividad en la que se construyen las identidades culturales. Como señala Maalouf (1999), la identidad de “los otros” es construida en gran parte a través de nuestra mirada. Una mirada que puede abrir la comunicación intercultural o una mirada que la puede cerrar. *“Pues es nuestra mirada la que muchas veces encierra a los demás en sus pertenencias más limitadas, y es también nuestra mirada la que puede liberarlos”* (Maalouf, 1999).

5.2.2. Cultura y salud.

Salud y enfermedad son conceptos socialmente contruidos. A través de esa construcción social se interpreta la salud y la enfermedad, pero también sus causas, sus consecuencias, la manera de afrontar la enfermedad o de proteger la salud, los actores que deben intervenir sobre el binomio salud-enfermedad y el tipo de relación que se establece entre esos actores y el resto de la comunidad. Las dimensiones culturales de la salud se refieren a todos esos aspectos cruciales y, por lo tanto, *“han de ser condideradas en cualquier población y no pueden reservarse para descifrar la cultura de -los otros-, más o menos exóticos, que percibimos como diferentes y ajenos a nuestro contexto nativo”* (Canals, 2004).

Como una manera de afirmar la diversidad de concepciones en torno a la salud y la enfermedad, desde la antropología de la salud se distinguen tres dimensiones (Fabrega, 1974; Comelles y Martínez, 1993; Canals, 2004):

- Dimensión *disease*. Responde a la definición de salud y enfermedad, pretendidamente objetiva, realizada desde el sistema de saberes y prácticas

reconocido en una sociedad determinada (la medicina científica, en el caso de la nuestra).

- Dimensión *illness*. Es la vivencia subjetiva de la salud y la enfermedad que un determinado grupo o una determinada persona tiene. Esta vivencia puede coincidir o no con la dimensión *disease*.
- Dimensión *sickness*. Son las ideas socialmente aceptadas en torno a la salud y la enfermedad. Pueden estar más o menos influidas por la dimensión *disease* o por la dimensión *illness*.

Esta tipología permite visualizar con gran claridad la necesidad de tener en cuenta las diversas interpretaciones y los diferentes discursos que pueden existir ante la salud y la enfermedad. Discursos e interpretaciones que en ocasiones pueden ser coincidentes, mientras que en otros casos pueden ser discrepantes. Discursos e interpretaciones que pueden estar monopolizados por una de las tres dimensiones, como ocurre en el caso de nuestro sistema sanitario, donde el modelo biomédico (desde la dimensión *disease*) domina las interpretaciones y los discursos en torno a la salud y la enfermedad. Sin embargo, la insuficiente sensibilidad y habilidad del modelo biomédico para dialogar con las dimensiones *illness* y *sickness* puede provocar importantes barreras en el encuentro con determinados grupos de personas usuarias.

En la literatura de la antropología de la salud también aparece otra clasificación, enfocada en este caso en torno a los elementos culturales presentes en la definición de los sistemas de atención a la salud-enfermedad (Kleinman, 1980). Según esta clasificación, en cada sociedad o grupo cultural interactúan tres sectores en la construcción de los sistemas referidos: el popular, el profesional y el *folk*.

- ✓ *Sector popular*. Está compuesto por la autoatención y el tratamiento no profesionalizado ni especializado por parte de personas del entorno más cercano. Menéndez (2003) considera que es la verdadera atención primaria realizada en la mayoría de las culturas. Este autor define la autoatención como “*las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa o intencional de curadores*”

profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención” (Menéndez, 2003).

- ✓ *Sector profesional.* Está compuesto por el conjunto de profesionales y procedimientos legitimados en una sociedad. En nuestra sociedad está constituido por los y las profesionales que trabajan guiados por los principios avalados por la medicina científica. En determinadas sociedades también pueden ser incluidos los y las profesionales de la medicina tradicional institucionalizada, como por ejemplo en China.
- ✓ *Sector Folk.* En este sector se engloba el conjunto de prácticas terapéuticas que no siguen los parámetros admitidos por la medicina científica. Curanderos, sanadores, chamanes, astrólogos o terapeutas alternativos, pueden enmarcarse en este sector. En algunos casos se encuentra más cercano al sector popular, ya que a veces esta labor terapéutica *folk* es realizada por personas del entorno más cercano, mientras que en otros casos los límites con el sector profesional son muy difusos y cambiantes, como ocurre con determinadas terapias tradicionales o alternativas que en ocasiones terminan siendo asumidas por el sector profesional.

Uno de los elementos fundamentales de esta clasificación consiste en que nos muestra que todo grupo social posee saberes y prácticas de respuesta (tanto preventivas como terapéuticas) ante la salud y la enfermedad. Además, como señala Menéndez (1998), estos saberes y prácticas “*son estructurales a toda cultura, es decir, son decisivos para la producción y reproducción de la misma*“. Sin embargo, el modelo biomédico preponderante en nuestro sistema sanitario tiende a negar estos saberes y prácticas o a considerarlos erróneos y susceptibles de ser corregidos. Más allá de considerarlos correctos o erróneos, y siguiendo los planteamientos de Menéndez (1998), es preciso que los y las profesionales tengan en cuenta que todo grupo social los posee y pongan en marcha procesos para entenderlos e integrarlos en una respuesta conjunta profesional-grupo de personas afectadas.

En el caso de nuestra sociedad, es preciso resaltar la influencia que el sector profesional, profundamente imbuido de la denominada cultura biomédica, ha tenido y tiene sobre las ideas y representaciones sociales en torno a la salud y la enfermedad, así

como sobre la construcción del sistema de respuesta. Hasta tal punto es influyente que se tiende a relacionar e identificar los saberes y las prácticas sobre salud y enfermedad con el saber biomédico. Sin embargo, como señala Comelles (2006), el saber biomédico, al igual que el saber popular, es una construcción social. Pero, ¿qué características tiene la cultura biomédica a la que me vengo refiriendo? Para describirlas seguiré en parte las aportaciones de Comelles (2006):

- La biomedicina plantea que, para conseguir la máxima eficiencia diagnóstica, pronóstica y terapéutica, es necesario aislar la actuación profesional de cualquier elemento accesorio. De esta forma, la cultura se antoja como un aspecto inútil, como un estorbo a la actuación profesional. Sin embargo, *“la anulación completa de la capacidad interactiva y de la intersubjetividad entre el profesional y el entorno –el paciente, su red social, la propia institución, los otros profesionales-, no se cumplen jamás... Negar lo cultural –y lo social- en la medicina no ha sido en definitiva más que una forma de construir una cultura profesional específica”* (Comelles, 2006).
- La biomedicina prioriza la construcción de sus aprendizajes en el laboratorio, en el manual, en el protocolo. Un aprendizaje en el que la práctica clínica, la relación con el o la paciente y la observación de su entorno, no son elementos privilegiados. En definitiva, un aprendizaje en el que la co-producción de saberes con otros sectores no sanitarios, o con otras maneras de interpretar y actuar ante la salud y la enfermedad, se ve enormemente dificultada.
- La biomedicina prioriza la inserción del individuo en itinerarios de atención desarrollados por diferentes profesionales. En ese sentido, el o la profesional en concreto no es importante, sino el protocolo, el conocimiento construido por la medicina. No es relevante quién lo aplique, por lo que la construcción de vínculos estables y próximos con pacientes y entorno pierde importancia.

Como podemos observar, todos estos principios de la cultura biomédica son totalmente contradictorios con las ideas fundamentales defendidas desde esta tesis: proximidad, centralidad del individuo, integralidad de las actuaciones, intersectorialidad o participación.

5.2.3. Consumo de drogas, drogodependencia y cultura.

Como cualquier otro fenómeno relacionado con la salud-enfermedad, el consumo de drogas y la drogodependencia son conceptos socialmente construidos. Comas (2005), citando a Elster, señala que “*el condicionamiento químico es esencial para iniciar la adicción, pero la verdadera ansia adictiva se conforma a través de un estilo de vida adictivo*”. Un estilo de vida, o “*cultura de las ansias adictivas químicas*” (Elster, citado por Comas, 2005), que es construido grupalmente, pero en permanente interacción con las interpretaciones sociales sobre las drogas y sus usos, además de con las circunstancias socio-económicas del contexto¹⁷³. Un ejemplo clásico al respecto lo constituye el síndrome de abstinencia por heroína. En la década de los 80, varios especialistas en tratamiento a drogodependientes describieron cómo algunos heroinómanos jóvenes, con un historial de consumo no muy prolongado, a dosis bajas y con un grado de pureza de la heroína consumida muy reducido, presentaban cuadros de síndrome de abstinencia muy espectaculares. En la interpretación de este hecho se barajaba que el síndrome experimentado no respondía al grado de dependencia física, sino a la codificación cultural que de ese comportamiento se realizaba en su grupo de iguales. Además, esa codificación conectaba con la representación social mayoritaria, alimentada fuertemente por unos medios de comunicación que llevaban presentando escenas de síndromes de abstinencia (en películas y reportajes) desde antes incluso de la extensión del consumo de heroína en nuestro país (Comas, 1986). Al margen de este ejemplo concreto, en la literatura vinculada a la antropología de la salud (Romaní, 2002; Menéndez, 1998) se ha argumentado ampliamente cómo el consumo de drogas se encuentra mediatizado por el contexto social, económico y cultural del grupo o la persona que la utiliza. “*Esto se ha comprobado en la propia clínica, con casos en que la gente utiliza productos a los que reacciona con efectos contrarios a los que farmacológicamente debiera experimentar, según el manual correspondiente o las investigaciones de laboratorio*” (Romaní, 2002). En esos casos, al margen de la composición química o el contexto socio-económico, en los efectos (tanto objetivos como subjetivos) tienen un gran peso determinados elementos codificados culturalmente por el grupo de referencia: las expectativas de consumo, la función del

¹⁷³ Recordemos a ese respecto el modelo de análisis multidimensional utilizado en el capítulo 3 para estudiar el subsistema de las políticas sobre drogas.

consumo e incluso hábitos o rituales de consumo como la manera de obtener la sustancia, la vía o el contexto del consumo, la dosis o el grado de pureza.

Aunque el modelo biopsicosocial de creencias respecto a las drogodependencias¹⁷⁴ reconoce la relevancia del contexto cultural, lo cierto es que “lo cultural” ha sido enormemente relegado hasta el momento¹⁷⁵, tanto en investigaciones como en el diseño de las políticas o en la práctica cotidiana de los y las profesionales. Pero ¿qué supondría la incorporación de la perspectiva cultural en la atención a las drogodependencias? En primer lugar que, tanto en los diagnósticos como en los tratamientos o en el diseño de las políticas, se tenga en cuenta la relevancia de aspectos como la influencia del grupo de referencia en los hábitos y rituales de consumo, en la interpretación del consumo, en la autorrepresentación como consumidor de drogas y/o drogodependiente, en la autoatención, en la delimitación y valoración de qué es un problema de consumo y cuándo aparece, en la definición de cuándo, cómo y dónde se pide ayuda y en la construcción de la relación de ayuda y/o terapéutica. Especialmente relevante me parece la observación de la influencia que en la relación de ayuda y/o terapéutica puede tener un elemento de marcado peso cultural como es la interpretación del riesgo. A ese respecto, Nichter (2006) subraya la importancia del estudio de la subjetividad del riesgo en el campo de la salud, y propone cuatro dimensiones de análisis que pueden ser trasladables al caso del consumo de drogas: analizar si las personas se sienten en riesgo de desarrollar un problema específico de salud; analizar qué peso otorgan a los riesgos vinculados con la salud, respecto a los riesgos sociales; analizar qué significa para las personas el estar en riesgo; analizar cómo negocian-gestionan esos riesgos vividos y qué prácticas ponen en marcha para evitar el riesgo y reducir el daño. En definitiva, se trataría de integrar en el proceso de atención a la dimensión *illnes* (vivencias de la persona usuaria) y de tener en cuenta que entre las personas drogodependientes también existen saberes y prácticas de autoatención (sector popular, según la clasificación de Kleinman).

No obstante, en realidad el tipo de perspectiva no debe ser únicamente cultural, sino que tiene que ser intercultural. El análisis no debe circunscribirse a la observación

¹⁷⁴ Que como ya señalé en el apartado 3.9. es el sistema o modelo de creencias asumido formalmente en el subsistema de las políticas de drogodependencias.

¹⁷⁵ Influencia también de la cultura biomédica preponderante, a la que me he referido en el anterior apartado.

de los elementos culturales vinculados con las personas usuarias y sus grupos de referencia, sino que debe ampliarse hacia el análisis de la interrelación entre éstos y los modelos de creencias preponderantes en el contexto social respecto a las drogodependencias¹⁷⁶. Asimismo, en esta perspectiva intercultural debemos incorporar el análisis centrado en la influencia de los modelos de creencias preponderantes en el subsistema de políticas sobre drogodependencias, pero también en el centro de tratamiento o en el o la profesional que construye la relación de ayuda y/o terapéutica con el sujeto en concreto. A ese respecto, la mirada que prevalezca respecto a las personas drogodependientes influirá en el tipo de relación que se construya. Lógicamente, no es lo mismo que el subsistema, la institución o el/la profesional les observe como experimentadores curiosos que como personas enfermas, o como delincuentes, o como pecadores, o como ciudadanos, o como débiles, o como egocéntricos, o como irresponsables, o como personas con capacidades para sobrevivir en contextos hostiles, o como personas sin autocontrol¹⁷⁷. Cada una de estas miradas (y otras que podríamos añadir) cuenta con un modelo de creencias, con una cultura respecto a las drogas y las drogodependencias, que las sustenta. Una cultura respecto a un fenómeno (el consumo de drogas y la drogodependencia) que moviliza emociones (e incluso pasiones) al mismo nivel que otros fenómenos sociales como el sexo o la muerte. El consumo de drogas y la drogodependencia nos remite al miedo a lo desconocido, y especialmente al miedo a la pérdida del control. Como señalan Romaní y Rekalde (2002) *“la construcción del –problema de la droga- ha creado otro –chivo expiatorio-, que como muchos otros –malos-, llámense éstos herejes, judíos, brujas, pobres, locos, etc., confirma a los –buenos- la justeza de su comportamiento y situación (¡que tanto les ha costado conseguir!), ayudando así a superar las dudas que pudieran tener, y tendiendo a justificar y reforzar un determinado orden social”*. En definitiva, en este caso, se trataría de integrar la dimensión *sickness* en el proceso de atención.

Por lo tanto, tener en cuenta los elementos interculturales vinculados al consumo de drogas y la drogodependencia supondría saber manejar las tensiones que se producen entre las codificaciones culturales del individuo, de su grupo de referencia, de la

¹⁷⁶ Ver apartados 3.6. y 3.9.

¹⁷⁷ Estas mismas diferentes miradas pueden ser observadas en la autorrepresentación como consumidor de drogas y/o drogodependiente, y también deben ser consideradas en la construcción de la relación de ayuda y/o terapéutica.

sociedad, del subsistema de políticas sobre drogodependencias y de los y las profesionales. Tensiones tras las que se esconden diferentes significaciones respecto al consumo de drogas, las drogodependencias y la salud, y que conforman distintos modelos de creencias como los ya referidos en el apartado 3.9. También supondría ser sensible a la necesidad de tener en cuenta e incidir sobre los estilos de vida de referencia, y no solo sobre el sujeto. En el caso de la población usuaria, o potencialmente usuaria, de la red de tratamiento a drogodependientes, la situación actual de incremento en la diversidad de perfiles¹⁷⁸ implica también una gran pluralidad en los elementos culturales vinculados al consumo de drogas. En ese sentido, es aún más importante la sensibilidad intercultural de los y las profesionales, el esfuerzo por entender el modo de mirar la realidad *del otro*, o mejor dicho, de *cada otro*. Precisamente el concepto de competencia intercultural, al que me referiré a partir del siguiente apartado, surge para subrayar la importancia de incorporar todos esos conocimientos, actitudes y habilidades, a las competencias que todo profesional debe manejar.

5.2.4. Concepto de competencia intercultural.

La atención a los aspectos culturales de la salud no es nueva en el ámbito científico. Más bien al contrario, hasta finales del siglo XIX las relaciones entre la medicina y la antropología fueron intensas. No es hasta principios del siglo XX que, tras el descubrimiento de las causales microbianas, se observa un proceso de fuerte biologización de la medicina. No obstante, a mediados del siglo pasado se desarrollaron diferentes experiencias de trabajo interdisciplinar en Estados Unidos, donde se pusieron en relación la medicina, la antropología, la sociología y la psicología social (Comelles y Martínez, 1993). Asimismo, algunos movimientos sociales de la década de los 60, así como determinadas corrientes como la antipsiquiatría o el interaccionismo simbólico, tuvieron una gran influencia en la reivindicación de una transformación en la percepción de las minorías y los grupos estigmatizados, promoviendo una valoración positiva de la diversidad. Sin embargo, no es hasta la década de los 80 que la Organización Mundial de la Salud apoya el reconocimiento de la cultura y la diversidad cultural en el cuidado de la salud. Es también en esa época cuando se desarrollan

¹⁷⁸ Ver apartado 3.2.4.

numerosas investigaciones sobre la influencia de la cultura y el multiculturalismo en la salud, surgiendo en ese contexto el concepto de competencia cultural. Según Comelles (2003), en los últimos años parece que estamos viviendo una especie de “*regreso de lo cultural*”. En Estados Unidos se inició en la década anterior una corriente que aspiraba a reforzar la competencia cultural de las instituciones sanitarias¹⁷⁹. Esta corriente se ha extendido a Europa, donde la presencia de inmigrantes extracomunitarios parece haber hecho evidente la existencia de una diversidad cultural que ya existía anteriormente pero sobre la que no se focalizaba la atención.

Como decía, el concepto de competencia cultural surge en la literatura científica a finales de la década de los 70. Aparece en Estados Unidos e Inglaterra como respuesta a la percepción de dificultades en el encuentro entre la población inmigrante y los diferentes sistemas de prestación de servicios. No obstante, su mayor desarrollo se ha producido en el ámbito sanitario estadounidense. En ese contexto, uno de los conceptos que se han manejado ha sido el siguiente: “*La competencia cultural es la integración compleja de conocimiento, actitudes y habilidades que aumenta la comunicación entre culturas diferentes y las interacciones apropiadas/efectivas con los otros*” (American Academy of Nursing, citado por Lillo et al., 2004). Otras definiciones, como la de Campinha Bacote (citado por Osorio-Merchan y Lucero, 2008) resaltan el carácter dinámico del concepto. La competencia cultural no es un estado que se alcanza, sino que es un “*proceso en el cual los profesionales del cuidado de la salud continuamente se esfuerzan por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad*”. Por otro lado, Papadopolus (citado por Osorio-Merchan y Lucero, 2008) incluye en su concepto la responsabilidad del o de la profesional en la defensa de las personas menos favorecidas y en su empoderamiento para que puedan participar en la definición de sus tratamientos y en la defensa de sus derechos. Oriol Romaní (2002), aunque sin referirse específicamente a la competencia cultural, resalta la importancia de hallar puntos de encuentro entre la visión del mundo de las personas usuarias y la de los y las profesionales. Romaní nos recuerda que “*la asistencia no es sólo un asunto técnico, sino un conjunto de técnicas, rituales aplicados y complejos procesos de movilización*

¹⁷⁹ Comelles (2003) señalaba cómo el gobierno federal estadounidense anunció que no financiaría “*instituciones hospitalarias que no se acrediten como -culturalmente competentes-*”.

que se enmarcan en una determinada visión del mundo con sus correspondientes sistemas normativos”. Continuando con esta idea, Vázquez (2002) resalta el valor de la negociación de los significados culturales de los hechos, entendiendo lo que representan y su interpretación desde el marco cultural de la persona usuaria. Finalmente, Fernández et al. (2011) apuestan por añadir al concepto “cultural” el prefijo “inter”, para resaltar la idea del encuentro y la interrelación entre dos culturas o cosmovisiones, la de la persona usuaria y la de los y las profesionales, que también son seres culturales. Desde esta visión de la competencia intercultural, que es la defendida en esta tesis, “*ser competente interculturalmente, aquí, significa despojarse de los prejuicios y anticipaciones propias, para interpretar y entender la visión de la persona que tenemos enfrente, en ese –encuentro- que es la relación terapéutica*” (Fernández et al., 2011).

Concepto de Competencia Intercultural propuesto

La competencia intercultural, a partir de la permanente integración de conocimientos, actitudes y habilidades, exige que los y las profesionales reconozcan sus referencias culturales y las de las personas usuarias, que sepan negociar significados, que integren en el diseño de los tratamientos y en su estilo relacional aspectos significativos para los valores y creencias de las personas usuarias, y que sean sensibles al encuentro con otras cosmovisiones y a la garantía y defensa de los derechos de las minorías desfavorecidas.

Habitualmente se considera que la competencia intercultural consiste únicamente en la incorporación de una serie de conocimientos, actitudes y habilidades en los y las profesionales, para facilitar una mejor atención a las personas con cosmovisiones o culturas diversas. Podemos denominar a ese tipo de competencia como *competencia intercultural profesional*. Sin embargo, también podemos hablar de la *competencia intercultural institucional*. En ese caso, la competencia intercultural consiste en que las instituciones (un centro de salud, un centro de servicios sociales, una asociación, o un hospital) incorporen prácticas (de formación y selección de personal, de acogida o de adaptación en los protocolos) que faciliten el acceso y la atención de calidad a las personas de culturas diversas. Aunque gran parte de las propuestas y análisis que he podido encontrar en la literatura científica se refieren fundamentalmente

al primer tipo de competencia, en esta tesis plantearé también algunas áreas para el desarrollo de la competencia intercultural institucional¹⁸⁰.

El desarrollo del enfoque de la competencia intercultural no ha estado exento de algunas críticas respecto a la manera en la que se está aplicando. Especialmente sugerentes me han parecido las reflexiones realizadas por Comelles ante la forma en la que la competencia intercultural está siendo desarrollada en Estados Unidos. Las resumiré a continuación:

- En muchos casos se ha limitado a la aplicación de medidas dirigidas a la traducción lingüística.
- En otros casos se ha planteado una traducción cultural de los síntomas, pero aplicando posteriormente en el diagnóstico-pronóstico-terapéutica-seguimiento la misma racionalidad biomédica occidental.
- Como señala Comelles (2006) en todo caso *“el sistema espera que a la vuelta de dos o tres años la competencia lingüística del inmigrante sea suficiente como para prescindir del mediador en esta etapa”*.
- El mismo autor continua afirmando que esta manera de entender la competencia cultural *“no sólo no pone en peligro al modelo médico, sino que protege a los profesionales de las acciones judiciales debidas a malas prácticas derivadas de la lengua o de la idiosincrasia cultural de los pacientes... no pone en cuestión la racionalidad médica, y por tanto una forma de construcción del pensamiento que excluye el valor de lo cultural y lo social en la práctica, pero que permite añadirlo, sin más a la lista de ítems que deben registrarse en los protocolos médicos”* (Comelles, 2006).

Finalmente, y como una crítica especialmente vinculada con el objeto de esta tesis, se observa que la práctica totalidad de las experiencias de competencia intercultural están enfocadas hacia el encuentro entre poblaciones inmigradas y los

¹⁸⁰ En algunas tipologías también se contempla un tercer nivel de competencia intercultural: la competencia estructural. Se refiere al desarrollo de políticas o estrategias estructurales que disminuyan las barreras que las minorías culturales pueden tener en el acceso a las oportunidades. Este tercer nivel no ha sido abordado desde esta tesis, aunque supone un interesante y necesario ámbito de trabajo para futuras investigaciones.

recursos sanitarios, y en algunos casos al trabajo con minorías étnicas autóctonas (población gitana o población indígena). Sin embargo, apenas existen experiencias en las que la competencia intercultural sea utilizada para mejorar la atención a poblaciones con otro tipo de expresiones identitarias no étnicas, como es el caso de la población drogodependiente. En este caso, la introducción de la competencia intercultural puede suponer un importante refuerzo del componente social y cultural del modelo biopsicosocial, además de un potente cuestionamiento de la cultura biomédica.

5.2.5. Competencia intercultural institucional.

En este apartado describiré los procesos que considero prioritarios para el desarrollo de la competencia intercultural en una institución. Todos estos procesos pueden servir para mejorar la atención a cualquier tipo de persona o grupo culturalmente diverso, aunque haré alguna referencia específica al caso de las personas drogodependientes.

Los procesos que he seleccionado giran fundamentalmente en torno a las ideas de proximidad con la población usuaria y de participación de la misma en el funcionamiento de los programas y los servicios. En ese sentido, todos ellos están estrechamente relacionados con algunas estrategias ya referidas en otros apartados de la tesis: apoyo entre iguales¹⁸¹, programas asertivo comunitarios¹⁸², estrategias de participación¹⁸³ y estrategias para la gestión de redes¹⁸⁴.

Para la selección y descripción de los cinco procesos propuestos he tenido en cuenta diversas fuentes: algunas reflexiones recogidas en el análisis documental, determinadas conclusiones extraídas del análisis del subsistema de políticas sobre drogodependencias en Navarra y, en tercer lugar, mi propia experiencia como profesional en ese ámbito. Asimismo, he considerado algunas normas o manuales sobre competencia intercultural publicados por algunas administraciones públicas. En

¹⁸¹ Ver apartado 4.6.3.4.

¹⁸² Ver apartado 4.6.3.3.

¹⁸³ Ver apartado 5.1.6.

¹⁸⁴ Ver apartado 5.1.7.

concreto, he tratado de vincular los procesos propuestos con las siguientes normas o manuales:

- ✓ “Normas nacionales para servicios cultural y lingüísticamente apropiados en la atención sanitaria”. Departamento de Salud de los Estados Unidos (2001).
- ✓ “Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la atención en salud mental”. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Fernández et al., 2011).

Procesos de competencia intercultural institucional:

Selección de personal y composición de los equipos.

Formación del personal.

Detección-atención proactiva y adaptada de necesidades.

Alianza con la comunidad.

Modelo participativo para la definición de normas y pautas de funcionamiento.

- *Selección de personal y composición de los equipos.*

Una institución contará con mayor competencia intercultural si en su equipo se integran profesionales que representen las distintas identidades culturales que conforman su población objetivo. De esta forma, la institución (y sus profesionales) podrá incrementar su conciencia, su conocimiento, su sensibilidad y su habilidad intercultural.¹⁸⁵

Este proceso de competencia intercultural institucional guarda una estrecha relación con la estrategia de apoyo entre iguales¹⁸⁶. Disponer de “iguales” en el equipo (*peer worker*, según la terminología empleada en el apartado 4.6.3.4.), o contar con una alianza con grupos de interés o grupos de autoayuda, permite que la

¹⁸⁵ Todos estos conceptos serán desarrollados en el siguiente apartado sobre competencia intercultural profesional.

¹⁸⁶ Ver apartado 4.6.3.4.

institución mejore la intensidad y calidad de su proximidad a la población objetivo, con lo que se puede mejorar la cobertura, incrementar la integralidad de los diagnósticos y de los planes de tratamiento, aumentar la identificación de las personas usuarias con el tratamiento y mejorar los resultados. Como decíamos en el apartado 4.6.3.4., esta práctica ha sido desarrollada ampliamente en los programas de intervención con población inmigrante y con la comunidad gitana, pero en otros campos más específicamente sociosanitarios, como la salud mental o las drogodependencias, las experiencias son mucho más reducidas y puntuales.

Los contenidos de este proceso son contemplados por el Departamento de Salud de los Estados Unidos (2001) en sus “Normas nacionales para servicios cultural y lingüísticamente apropiados en la atención sanitaria”. En concreto se trata de la norma 2. *“Las organizaciones de atención sanitaria deberían llevar a cabo estrategias para reclutar, retener y fomentar en todos los niveles de la organización un plantel diverso y un liderazgo que exprese las características demográficas del área a la que sirven”*.

- *Formación del personal.*

En coherencia con el concepto de cultura manejado en esta tesis, el tipo de formación que se propone no debe estar centrada en la presentación de contenidos sobre una o varias identidades culturales en concreto, sino orientado a desarrollar competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales que permitan mejorar la calidad de la atención a todo tipo de personas usuarias, sean cuales sean sus identidades culturales. En el Instrumento para la valoración de la competencia intercultural, editado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, se sugieren algunos contenidos que deberían ser contemplados en esta formación: *“aspectos relacionados con la cultura, como podrían ser la propia concepción de la salud o la enfermedad, las variaciones en la forma de expresar los síntomas, las atribuciones de los mismos, la reflexión acerca de los referentes culturales del modelo biomédico occidental, el estudio de los posibles factores psicosociales relacionados con la salud, las diferentes maneras de buscar cuidados sanitarios, ... la exploración de las preconcepciones culturales y étnicas de uno mismo”*

(Fernández et al., 2011). Estos contenidos deben incluirse en los distintos niveles de formación:

- Formación inicial o pregrado...
- Formación especializada o de postgrado...
- Formación continuada: en las ofertas formativas de las administraciones públicas y las ONGs,s.

En este caso también se coincide con una de las normas del Departamento de Salud estadounidense (2001), en concreto la número 3. *“Las organizaciones de atención sanitaria deberían garantizar que el personal en todos los niveles y en todas las disciplinas reciba una formación educacional progresiva en el suministro de servicios cultural y lingüísticamente apropiados”*.

- o *Detección-atención proactiva y adaptada de necesidades.*

Cuando se trabaja con minorías culturales es importante que las instituciones asuman una actitud proactiva en la detección de necesidades y en la atención a las mismas. De otra manera, refugiarse en que se ofrecen los mismos servicios a toda la población “sin discriminación alguna”, en realidad puede conllevar la aparición de desigualdades reales y el mantenimiento de necesidades y problemáticas ocultas para los servicios sociosanitarios.

Una de las estrategias que pueden facilitar esta detección proactiva de necesidades ya ha sido comentada (el apoyo entre iguales) y otra estrategia puede ser la alianza con las organizaciones que representan a la minoría cultural, como comentaré más adelante. Por otro lado, los programas asertivo comunitarios (PAC) y otras estrategias de proximidad comentadas en el apartado 4.6.3.5. (como la educación de calle o los programas de reducción de daños) también pueden favorecer la detección-atención proactiva y adaptada de necesidades. Otra de las estrategias consiste en flexibilizar y adaptar los protocolos de atención para poder responder mejor a las necesidades y condicionantes de las personas usuarias.

El Instrumento para la valoración de la competencia intercultural del Ministerio contempla numerosas recomendaciones relacionadas con la “*detección de necesidades, planificación y adaptación del servicio para atender las necesidades de cada sujeto atendiendo a su diversidad cultural*” (Fernández et al, 2011). Sintetizaré a continuación las más relevantes:

- Accesibilidad. Propone disponer de procedimientos reglados para detectar y corregir barreras en el acceso a los servicios (horarias, de transporte, de conciliación o de ubicación geográfica).
- Información proactiva sobre los servicios. Se trata de asegurar que los servicios ofertados son conocidos por la población objetivo.
- Planificación y programación de los servicios. Se propone detectar necesidades específicas de atención ligadas a la pertenencia, o no, a un determinado grupo cultural. Esa detección debe servir para incorporar adaptaciones, definir rutas diferenciadas de atención en algunos casos o establecer mecanismos de gestión de la agenda que permitan si es necesario proveer a los y las profesionales de tiempo adicional de atención a determinados casos.

En ocasiones, la adaptación puede generar dilemas entre las características y necesidades de determinadas personas o grupos, por un lado, y la normativa general de determinado centro o institución, por el otro. En esos casos, la flexibilidad institucional y la negociación surgen como estrategias fundamentales de competencia intercultural. Como se señala en un documento editado por la Generalitat de Catalunya (Boladeras et al., 2007): “*La actitud comprensiva de los profesionales es muy importante con respecto a las adaptaciones necesarias a las especificidades de cada persona. Por ello, para garantizar atención de calidad al paciente, debe permitirse que la flexibilidad sea compatible con la normativa y la funcionalidad del servicio. La experiencia nos dice que la predisposición al diálogo y al pacto por ambas partes puede resolver, en muchos casos, las situaciones de conflicto*”.

También el Departamento de Salud de los Estados Unidos (2001) contempla este tipo de propuestas en sus “Normas nacionales para servicios cultural y Estrategias para la mejora de la atención sociosanitaria. El caso de las drogodependencias en Navarra (1993-2009) 381

lingüísticamente apropiados en la atención sanitaria”, concretamente en su norma número 11. *“Las organizaciones de atención sanitaria deberían mantener un perfil demográfico, cultural y epidemiológico de la comunidad actualizado, así como la evaluación de necesidades para planificar con exactitud e implementar servicios que respondan a las características culturales y lingüísticas del área de servicio”*.

○ *Alianza con la comunidad.*

La alianza con la comunidad es una de las claves fundamentales para el incremento de la competencia intercultural institucional. Especialmente, la alianza con grupos de interés o grupos de autoayuda constituidos en torno a la población o poblaciones objetivo del servicio, se constituye en una estrategia que puede facilitar el resto de áreas de la competencia institucional. Asimismo, la coordinación con otros servicios permite incrementar la consistencia y coherencia de las actuaciones, asegurando así la continuidad de los cuidados. Por todo ello, tanto los contenidos reflejados en el apartado 5.1. (especialmente los referidos a la participación social y la gestión de redes) como los incorporados en el apartado 4.6.3.4. (especialmente los referidos a los grupos de interés o presión), deben ser contemplados como herramientas que facilitan el fortalecimiento de la competencia intercultural institucional.

En el caso de las drogodependencias, y como ya se señalaba en el apartado 4.6.3.4., los grupos de interés han surgido mayoritariamente a iniciativa de familiares y otras personas sensibilizadas con esta problemática, mientras que las experiencias lideradas por personas afectadas son minoritarias. Esta es una de las principales dificultades para el desarrollo de este proceso de competencia intercultural institucional.

En relación con este proceso, El Instrumento para la valoración de la competencia intercultural del Ministerio recomienda *“facilitar la incorporación o recoger posibles contribuciones de las organizaciones de las minorías y/o las ONGs que trabajan con ellas en los órganos de participación de la institución”* (Fernández et al., 2011). Asimismo, en la norma 12 del Departamento de Salud de los Estados

Unidos (2001) también se insiste sobre esta cuestión. *“Las organizaciones de atención sanitaria deberían desarrollar un interés social de participación y colaboración con las comunidades y utilizar una variedad de mecanismos formales e informales para facilitar la participación comunitaria y del paciente/consumidor en el diseño e implementación de las actividades”*.

- *Modelo participativo para la definición de normas y pautas de funcionamiento.*

Hasta el momento, en nuestra sociedad, la definición de las normas y pautas de funcionamiento del sistema sanitario (y del resto de sistemas) ha sido realizada mayoritariamente a partir de las propuestas del sector profesional y atendiendo fundamentalmente a la dimensión *disease*¹⁸⁷. Sin embargo, y como señala Oriol Romaní (2002) *“una intervención sociosanitaria con pretensiones de efectividad tiene que estar de acuerdo, por lo menos hasta cierto nivel, con la visión del mundo de la gente asistida... Precisamente en las sociedades contemporáneas nos encontramos a menudo que la ausencia de estos mundos compartidos dificulta desde las relaciones médico-paciente hasta el desarrollo de los grandes programas sociosanitarios”*. En ese sentido, una institución interculturalmente competente es aquella que trabaja desde un modelo participativo que incorpora el conjunto de visiones, necesidades, características y condicionantes de la población con la que trabaja y define con las personas usuarias y otros agentes comunitarios los problemas prioritarios y los criterios de abordaje.

Este proceso se encuentra estrechamente vinculado con los contenidos aportados en el apartado 5.1.6. sobre participación social. Asimismo, en el caso de las drogodependencias, es importante recuperar algunas afirmaciones incorporadas en el apartado 4.6.3.4. sobre grupos de interés o presión. El estigma social que soporta la población drogodependiente, y la extendida representación social que les identifica como personas incapaces de responsabilizarse y defender sus derechos, dificulta enormemente el desarrollo de este proceso. En ese sentido, un cambio actitudinal en la institución y sus profesionales es imprescindible para que se pueda producir una participación real de la población usuaria.

¹⁸⁷ Ver apartado 5.2.2.

En cuanto a la participación de las personas usuarias, el Instrumento para la valoración de la competencia intercultural del Ministerio la recoge como uno de los procesos fundamentales de competencia institucional. Al respecto, señala que “...*la participación debería incluirse desde la planificación de las atenciones hasta el control y evaluación de éstas, de modo que la práctica asistencial y de cuidados se aleje de cualquier riesgo de dominación y pasivización de los usuarios*” (Fernández et al., 2011). Asimismo, señala que “*una primera aproximación, actualmente legalmente obligada, consiste en la recogida y tratamiento de las quejas y reclamaciones... las encuestas de satisfacción y opinión... Un nivel más sofisticado todavía, lo constituyen los grupos focales o foros de participación, de instituciones, informadores clave o usuarios...*” (Fernández et al., 2011).

5.2.6. Competencia intercultural profesional.

Tal y como se reflejaba en el concepto ya referido de la *American Academy of Nursing*, la competencia intercultural integra conocimientos, actitudes y habilidades, es decir, que posee una dimensión cognitiva, una dimensión afectiva y una dimensión instrumental (Vilà, 2006). Por ello, los procesos de competencia profesional que he seleccionado están vinculados con esas tres dimensiones. No obstante, hago especial hincapié en la dimensión afectiva o actitudinal. Aunque su relevancia es enorme en el abordaje de cualquier fenómeno, lo es particularmente en el caso de las drogodependencias, donde veíamos que determinadas actitudes de los y las profesionales pueden determinar de manera muy relevante la relación de ayuda y/o terapéutica¹⁸⁸.

Para la selección y descripción de los cuatro procesos propuestos he utilizado las mismas fuentes señaladas en el apartado sobre competencia institucional. Asimismo, también he tratado de vincular los procesos con determinadas normas o manuales sobre competencia intercultural publicados por algunas administraciones públicas.

¹⁸⁸ Ver apartado 3.8.3.

Procesos de competencia intercultural profesional:

Conciencia intercultural crítica.

Conocimiento intercultural.

Sensibilidad intercultural.

Habilidad intercultural.

○ *Conciencia intercultural crítica.*

Un o una profesional con competencia intercultural debe tener un alto grado de conciencia respecto a la influencia de los elementos culturales en los comportamientos y las interacciones humanas. Debe ser consciente de la influencia de los factores culturales en las personas usuarias con las que trabaja, pero también debe reconocerse a sí mismo como un ser cultural. Especialmente relevante resulta el logro de lo que podríamos denominar como autoconciencia cultural. El o la profesional con competencia intercultural debe reconocer sus propios valores, creencias y costumbres, para poder ser consciente de la influencia que tienen en la percepción y la valoración de las creencias, las costumbres y los valores de otras personas o grupos, e incluso en la conformación de prejuicios hacia otras identidades culturales. Como señala Malik (2009) “*ello implica desarrollar la conciencia cultural crítica, o habilidad para evaluar de forma crítica y con criterios explícitos las perspectivas, costumbres y producciones de la propia cultura y de las demás*”.

○ *Conocimiento intercultural.*

La dimensión cognitiva también tiene importancia en el desarrollo de la competencia intercultural. Un o una profesional con competencia intercultural debe tener amplios conocimientos sobre el concepto de cultura y, en este caso, sobre la influencia de los factores culturales en la salud y especialmente en los consumos de drogas y la drogodependencia. No obstante, es importante que los conocimientos previos sobre la identidad cultural de un grupo en concreto, no eviten que indagemos en torno a los valores, las creencias, los significados, las costumbres, de

cada individuo con el que trabajemos. Recordemos a ese respecto cómo, en el apartado 5.2.1., se aludía a la cultura como un concepto compartido diferencialmente, por lo que cada grupo, subgrupo e individuo vive la cultura de forma diferenciada.

○ *Sensibilidad intercultural.*

La sensibilidad intercultural forma parte de la dimensión afectiva de la competencia intercultural. De hecho, diferentes autores consideran que los aspectos actitudinales que la conforman constituyen la base de la competencia intercultural (Malik, 2009; Boladeras et al, 2007). Por ejemplo, y refiriéndose al ámbito sanitario, Boladeras et al. (2007) señala que *“la investigación en el campo médico indica que, a menudo, el trato desigual recibido por individuos pertenecientes a grupos minoritarios no es consecuencia de una falta de conocimiento ni de habilidades, sino de estereotipos o actitudes discriminatorias que los sanitarios muestran con estos pacientes”*.

Vilà (2006) afirma que la dimensión afectiva de la competencia intercultural hace *“referencia a aquellas capacidades de emitir respuestas emocionales positivas y controlar aquellas emociones que pueden perjudicar el proceso comunicativo intercultural”*. Esta misma autora conceptualiza la dimensión afectiva como sensibilidad intercultural. Siguiendo en parte sus aportaciones, describiré a continuación los principales elementos que conforman la sensibilidad intercultural:

- ✓ Curiosidad, apertura y pasión por el encuentro con *el otro* diferente.
- ✓ Interés por aprender en la interacción intercultural.
- ✓ Sentimiento de comodidad y disfrute ante la interacción intercultural.
- ✓ Apertura hacia lo inesperado.
- ✓ Disposición para comprender la perspectiva *del otro* y, aunque no la comparta, apreciarla y respetarla.
- ✓ Perspectivismo, es decir, disposición a relativizar los valores, las creencias y las costumbres propias, para cambiar de perspectiva y para introducirse en la

perspectiva *del otro*. En ese sentido, la sensibilidad intercultural implica conciencia intercultural y desarrollo de la capacidad empática.

- ✓ Disposición a reconstruir permanentemente la propia identidad a partir del contacto intercultural.

El Instrumento para la valoración de la competencia intercultural, editado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, recoge la relevancia de la sensibilidad intercultural, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Se refiere a ella como “*el sentido del respeto y comprensión de las explicaciones, motivaciones y modos de sentir y entender la salud y la enfermedad mental, y de las maneras de interpretación de los síntomas en cada cultura y en cada individuo, evitando los estereotipos, los prejuicios y las connotaciones negativas que puedan aparecer en el proceso...*” (Fernández et al., 2011).

- *Habilidad intercultural.*

Las habilidades interculturales forman parte de la dimensión instrumental y supone, en primer lugar, tener las capacidades que permitan desarrollar la predisposición actitudinal y las competencias cognitivas mencionadas en los otros procesos. La comunicación es una de las habilidades fundamentales en esta área. Qureshi et al. (2009) plantea que el reto de la comunicación intercultural es doble: “*El primero es indirecto, o sea, no se debe a la comunicación en sí, sino a las asunciones más o menos automáticas que el personal sanitario y el paciente tienen de que no solamente son diferentes, sino que a veces son incompatibles*”. En ese sentido, el o la profesional con competencia intercultural debe saber trabajar sus expectativas ante el encuentro con la persona usuaria, desarrollando su habilidad para autoexaminar críticamente sus prejuicios y controlar la influencia de los mismos en la interacción con la persona usuaria. Asimismo, debe considerar las expectativas y prejuicios que la persona usuaria puede tener ante el encuentro con el o la profesional. Para ello, la acogida debe ser cuidada especialmente, desarrollando habilidades de comunicación verbal y no verbal que contribuyan a desactivar posibles expectativas negativas en la persona usuaria. El segundo reto, siguiendo la propuesta de Qureshi et al. (2009) es directo y tiene que ver con las diferencias en

los estilos de comunicación y en las interpretaciones de los significados. En este caso, las competencias son muy diversas:

- ✓ Capacidad para reconocer y adaptarse a pautas de comunicación diferentes: *“expresiones faciales, contacto visual, uso del tacto, el lenguaje corporal y las prácticas de distancia y proximidad”* (Osorio-Merchán y Lucero, 2008).
- ✓ Habilidad para incrementar el conocimiento sobre la identidad cultural de la persona usuaria, sabiendo preguntarle adecuadamente sobre sus creencias, valores y comportamientos.
- ✓ Habilidad para entender los valores, las creencias y los comportamientos de la persona usuaria, desde su propia perspectiva.
- ✓ Expectativas adecuadas ante la comunicación intercultural. Capacidad para manejarse en ciertos niveles de ambigüedad y de entendimiento parcial.

Otra habilidad, estrechamente vinculada con la conciencia intercultural y el perspectivismo, es la capacidad de *“descentración cultural”*. Según Cohen-Emerique (2000) esta habilidad supone *“concienciarse de las referencias culturales propias y el poder distanciarse de ellas para lograr relativizar los puntos de vista, para alcanzar cierta neutralidad cultural que no es sinónimo de la negación de la identidad propia, sino que, al contrario, supone un reconocimiento de control sobre la propia identidad”*. Bartoli (1991) se refiere también a este concepto y afirma que *“la competencia del profesional tendría que expresarse también y cada vez más en la capacidad de descentralizar su punto de vista, de analizar los problemas –desde fuera- y –desde dentro-, en definitiva en la actitud de observar al observado que le observa y de observarse a sí mismo que observa al observado”*. Por lo tanto, *“descentrarse”* es una competencia intercultural fundamental pues supone contrastar nuestros puntos de vista con los de otras personas o grupos para poder matizarlos. Cada opinión particular es relativa y tan sólo toma forma verdaderamente tras la interacción con otras personas o grupos. Para comprender *al otro* hay que observarse a uno mismo y ser capaz de distanciarse del sistema de valores propio para comprenderle desde el suyo.

De manera muy complementaria a ese concepto de “*descentración cultural*”, Amin Maalouf (1999) nos propone comprender nuestra identidad como un mosaico, sin buscar la esencia que nos define, sino indagando para que afloren todos los componentes de nuestra identidad, sin renunciar a ninguno. Cuanto mejor identificados y definidos tengamos los componentes de nuestra identidad (soy de Madrid, soy el hijo pequeño de una familia numerosa, soy músico, soy padre,...), mayores serán las posibilidades que tendremos para encontrar un vínculo que nos una con la otra persona (que también posee una identidad mosaico). Como señala Maalouf “*gracias a cada una de mis pertenencias, tomadas por separado, estoy unido por un cierto parentesco a muchos de mis semejantes*”. Sin embargo, el mosaico identitario no es contradictorio con la idea de la unicidad, sino que más bien la refuerza, ya que “*gracias a esos mismos criterios, pero tomados todos juntos, tengo mi identidad propia, que no se confunde con ninguna otra*” (Maalouf, 1999)

La competencia intercultural profesional estaría también vinculada con una relación profesional centrada en la persona usuaria, que la contemple como colaboradora, que tenga en cuenta la corresponsabilidad en la toma de decisiones. En ese sentido, cuanto más se aleje el o la profesional de una cultura biomédica jerárquica y unidireccional, mayor será su competencia intercultural.

Otra habilidad relevante consiste en la capacidad que el o la profesional debe tener para detectar sus limitaciones, así como su capacidad para encontrar y aprovechar alianzas con otros recursos o personas que le puedan complementar en su trabajo con las personas usuarias.

5.2.7. Perspectivas de futuro en las políticas sobre drogodependencias: ¿competencia intercultural o retorno a la cultura biomédica?

Como he tratado de reflejar en este capítulo, el desarrollo de la competencia intercultural puede ser un enfoque que facilite el diálogo entre las diferentes interpretaciones de la salud (*disease, illness, sickness*), que integre saberes y prácticas de los distintos sectores que intervienen en la construcción de los sistemas de atención (popular, profesional, *folk*) y que contribuya a la co-producción de saberes en la atención sociosanitaria. En el caso específico de las drogodependencias, los cinco procesos de competencia institucional propuestos, y los cuatro de competencia profesional, pueden contribuir al desarrollo de políticas y a la construcción de relaciones de ayuda y/o terapéuticas mejor adaptadas, más próximas, más centradas en la persona y, por todo ello, más eficaces y eficientes. En ese sentido, un enfoque intercultural como el sostenido desde esta tesis es posible y, sobre todo, deseable.

En el apartado 5.2.4. señalaba la posibilidad de que en las políticas sobre drogodependencias se produjese un “regreso de lo cultural”, tal y como Comelles (2003) afirmaba que se había producido en el ámbito de la salud. Sin embargo, también existen otras opciones, y podría ser que lo que ocurriera es que las políticas sobre drogodependencias se orientasen hacia un reforzamiento de la cultura vinculada al modelo biomédico. Propuestas y prácticas en ese sentido existen. Como ejemplo, y desde luego no procedente de cualquier foro, señalaré las conclusiones que se plantearon en un reciente informe (año 2011) de la Comisión Mixta Congreso-Senado sobre sistemas de tratamiento y atención a las drogodependencias.

“La investigación en el presente y en el futuro más inmediato debe ir dirigida, como mínimo, por los institutos o departamentos de Neurociencias, hacia las cuatro líneas básicas siguientes:

- 1. El desarrollo de nuevos fármacos que traten a los ya adictos, como los agonistas dopaminérgicos u otros. Nuevas pautas de tratamiento (asociación de fármacos o estandarización de los existentes) para*

aquellos más resistentes a las adicciones más graves. Programas selectivos de tratamiento con heroína u otras, según la adicción, si se demostrase que ésta ha sido producida por déficit congénito del opioide endógeno.

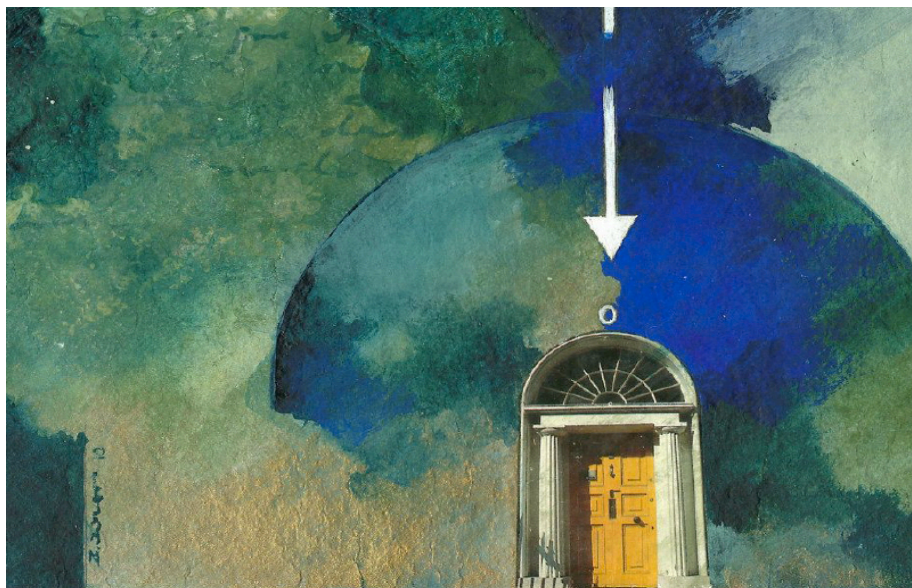
2. *El desarrollo de vacunas que no sólo hagan sentirse bien al adicto, sino que le curen, o impidan su adicción: vacunas generadoras de inmunógenos, anticuerpos realmente activos y eficaces, como las producidas por las vacunas para agentes infecciosos. Tratar de buscar vacunas útiles para diversas sustancias: cocaína, metanfetamina u otras.*
3. *El estudio de los marcadores genéticos.*
4. *Profundizar en el diagnóstico precoz de los colectivos de riesgo, mediante la determinación de las características que hacen de ellos personas más vulnerables: personas con gran tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas, con más impulsividad, etc” (Comisión Mixta, 2011).*

Desde el modelo defendido en esta tesis, un enfoque como el propuesto por la Comisión Mixta supondría obviar elementos de gran relevancia para el diseño de las políticas de drogodependencias y el desarrollo de los procesos de atención:

- La percepción subjetiva que la propia persona usuaria tiene sobre el consumo de drogas y de la drogodependencia.
- Las codificaciones culturales sobre el consumo de drogas y la drogodependencia, presentes en el grupo de referencia de la persona usuaria, pero también en la sociedad, en el subsistema de políticas de drogodependencias y en los y las profesionales.
- La autorrepresentación de la persona usuaria y su heterorrepresentación por parte de la sociedad, el subsistema de políticas de drogodependencias y los y las profesionales.
- Los saberes y las prácticas de autoatención presentes en la persona usuaria y en su grupo de referencia.
- La existencia de determinantes sociales de la salud que influyen en la aparición de los procesos de drogodependencia, en su desarrollo y en su posible recuperación.

En definitiva, supondría retrasarnos casi 30 años y regresar a un modelo o sistema de creencias biomédico, que focaliza su atención únicamente en las interacciones que se producen entre la bioquímica humana y las características farmacológicas de las drogas. Un sistema de creencias que no es compatible con las características multidimensionales de este fenómeno y que, como consecuencia, influiría en el diseño y desarrollo de políticas y procesos de atención parciales y limitados.

6. CONCLUSIONES.



Paso a presentar en este último capítulo las conclusiones de la tesis. La práctica totalidad de ellas ya han sido aportadas como conclusiones de los diferentes capítulos. No obstante, en este caso aparecen vinculadas a cada una de las cuatro hipótesis de la investigación. Añado también un quinto bloque de conclusiones en el que se refleja una realidad, detectada en el desarrollo de la tesis, pero que no había sido prevista en el diseño de la investigación: los problemas de sostenibilidad del subsistema de políticas sobre drogas. Finalmente, concluyo el capítulo, y la tesis, con una reflexión en la que trato de sintetizar los principales resultados obtenidos a través de esta investigación.

1. Primera Hipótesis. El modelo actual de política sobre drogodependencias en Navarra, y las prácticas asistenciales emanadas de él, no permiten ofrecer respuestas suficientemente integrales a las necesidades y demandas cada vez más complejas que se le presentan.

1.1. Para conocer las características, evolución, fortalezas y principales debilidades de las políticas sobre drogodependencias en Navarra, es necesario contextualizar el análisis en el marco de las políticas desarrolladas en el Estado Español y en la Unión Europea. Asimismo, es necesario analizar otro conjunto de parámetros que van más allá de la dinámica interna del subsistema: evolución del consumo de drogas y las drogodependencias, cambios en los valores socioculturales, evolución en las condiciones socioeconómicas y cambios en los sistemas de creencias.

1.2. El modelo de consumo de drogas detectado en Navarra es asimilable al observado en el conjunto de Europa. Se caracteriza por:

- El policonsumo incrementa su presencia.
- Aparición de nuevos modelos de consumo muy vinculados con los espacios de ocio y compatibilizados con unos estilos de vida más integrados.
- Modelos de consumo episódicos, pero intensos.
- Mayor incorporación de las mujeres a los nuevos modelos de consumo.

- 1.3. En cuanto a la población atendida en el Programa de Drogodependencias de Navarra, las principales tendencias observadas son:
- Aumento en la heterogeneidad de los perfiles atendidos y en la complejidad de sus necesidades.
 - Dificultades para acceder a nuevos perfiles con características y necesidades cada vez más diversificadas.
- 1.4. Existe una estrecha vinculación entre la evolución en los valores sociales y la evolución en los modelos de consumo y en las políticas sobre drogas.
- El rápido tránsito a una sociedad consumista ha situado a las drogas como un producto más de consumo.
 - El consumo de drogas ha pasado a situarse en un espacio nuclear dentro del esquema valorativo preponderante: el espacio del ocio.
 - El consumo de drogas ha evolucionado de ser percibido como un asunto fundamentalmente público, hasta ser cada vez más valorado como un asunto privado.
- 1.5. Algunos cambios sociodemográficos y socioeconómicos están influyendo en las características de los perfiles que deben ser atendidos: más personas inmigrantes, incremento en los niveles educativos, mayor variedad en las estructuras familiares de referencia, dificultades de acceso al empleo, o incremento de las situaciones de pobreza y exclusión.
- 1.6. La percepción social ha evolucionado desde el “heroinocentrismo” y el alarmismo, hasta la actual tendencia hacia la reducción de la alarma y la invisibilización del “problema”.
- 1.7. El avance en la comprensión del fenómeno del uso de drogas ha permitido progresar, desde modelos contruidos a partir de una visión simplista y unidimensional de la realidad, hacia sistemas de creencias que representan mejor la multidimensionalidad del fenómeno. No obstante, y aunque formalmente el modelo

biopsicosocial sea el preponderante, en la actualidad ni mucho menos están superados modelos simplistas como el ético-jurídico o el biomédico.

1.8. Las características del modelo de política sobre drogodependencias en Navarra son muy similares a las observadas en el conjunto del Estado Español y en la Unión Europea:

- Carácter mayoritariamente público (en su gestión y/o en su financiación).
- Adopta la planificación estratégica intersectorial en su dinámica de funcionamiento.
- Incorpora la coordinación como uno de los elementos fundamentales de la planificación estratégica.
- Parte de un diseño “heroinocéntrico” inicial, pero evoluciona posteriormente hacia la diversificación en los perfiles atendidos.
- Parte de un enfoque inicial orientado hacia la abstinencia, pero incorpora posteriormente la reducción de daños como uno de los ejes fundamentales en su estrategia.

1.9. En Navarra, en el año 1993, fue aprobado el I Plan Foral de Drogodependencias (PFD). Sus debilidades son también mayoritariamente coincidentes con las observadas en las políticas sobre drogodependencias del Estado Español y la Unión Europea:

- Tendencia a la medicalización de la atención.
- Debilidades en la coordinación interinstitucional e intersectorial.
- Riesgo de compartimentación de áreas e intervenciones.

2. Segunda Hipótesis. Esa realidad de falta de adecuación de las políticas sobre drogodependencias a las necesidades y demandas cada vez más complejas, es equivalente a la detectada en otros sectores (personas mayores, discapacidad, enfermedades crónicas, etc.) en torno a los que habitualmente se articulan las reflexiones y propuestas sobre la atención sociosanitaria.

2.1. El concepto de atención sociosanitaria propuesto es el siguiente:

- La atención sociosanitaria es una metodología de planificación de las políticas, de organización institucional y de intervención profesional, que pretende responder a situaciones en las que se presentan necesidades sociales y sanitarias múltiples y complejas. Se encuentra estrechamente ligada a un modelo de creencias biopsicosocial respecto al individuo y a los fenómenos que le afectan. Su enfoque de atención es integral y centrado en la persona, mientras que su objetivo principal consiste en garantizar la continuidad de los cuidados. Para ello, desarrolla actuaciones, simultáneas o secuenciales, que requieren de la participación coordinada del sistema social y del sanitario, e incluso de varios niveles asistenciales de cada sistema.

2.2. Teniendo en cuenta este concepto, podemos afirmar que las políticas sobre drogodependencias han supuesto una experiencia temprana y pionera en la atención sociosanitaria.

- Asumieron desde mediados de la década de los 80 un modelo de abordaje que integra lo biológico, lo psicológico y lo social.
- Han sido precursoras en la aplicación de alguna de las estrategias que posteriormente han sido propuestas para el desarrollo de la atención sociosanitaria, como por ejemplo:
 - La metodología de planificación intersectorial.
 - La estrategia de delegación competencial.
 - Los equipos interdisciplinarios.

2.3. Sin embargo, existen numerosas debilidades que ponen en cuestión la real consolidación de ese pretendido modelo biopsicosocial, intersectorial e interdisciplinar en las políticas sobre drogas. Muchas de ellas son comunes a las que fundamentan el discurso sociosanitario: la necesidad de atender simultánea o secuencialmente las necesidades múltiples; la escasa integralidad de los programas; las brechas que dificultan la continuidad en la atención; la necesidad de reforzar la coordinación; la insuficiente protocolización; el escaso trabajo en red; la necesidad de implantar metodologías de gestión de casos y de reforzar la interdisciplinariedad.

2.4. A pesar de todo ello, las drogodependencias apenas están presentes en el diseño y desarrollo de las políticas de atención sociosanitaria. El motivo hay que buscarlo fundamentalmente en la tendencia reduccionista que pretende vincular la atención sociosanitaria exclusivamente con la dependencia y la intervención con personas mayores.

3. Tercera Hipótesis. La adecuada atención a las personas con problemas relacionados con el uso de drogas, exige la puesta en marcha de procesos de atención sociosanitaria interdisciplinares, interinstitucionales e intersistemas.

3.1. Muchas de las estrategias y reflexiones propuestas desde la atención sociosanitaria son perfectamente aplicables a las políticas de drogodependencias. Destacaré especialmente los siguientes casos:

- La estandarización de los procesos desarrollados en la red de tratamiento, y especialmente la creación de instrumentos comunes de valoración-seguimiento-evaluación, la construcción de sistemas comunes de derivación y la creación de sistemas compartidos para la gestión de la comunicación. Estos procesos de estandarización deben ser desarrollados en un contexto de coordinación y trabajo en red.
- La mejora de los sistemas de acceso a la red de tratamiento (“ventanilla única”), garantizando la accesibilidad y agilidad, así como mejorando los diagnósticos interdisciplinares y el diseño de los itinerarios individualizados de tratamiento.
- El desarrollo de estrategias de intervención profesional centradas en la persona y enfocadas desde la proximidad, como una manera de lograr la atención integral, integrada y de continuidad: la gestión de casos, el acompañamiento social, los

programas asertivo comunitarios (PAC), el apoyo entre iguales y otras estrategias de proximidad.

4. Cuarta Hipótesis. El desarrollo de esos procesos de atención sociosanitaria exige la puesta en marcha de nuevas estrategias de gobernanza y de nuevas metodologías de coordinación (interprofesional e interinstitucional), pero también transformaciones en la cosmovisión profesional e institucional respecto a la salud y las drogodependencias, así como en su capacidad para interactuar con cosmovisiones diversas.

4.1. La implementación de nuevos sistemas de gobernanza, que permitan mejorar la articulación intersectorial, se convierte en el primero de los dos ejes propuestos desde esta tesis para el desarrollo de la atención sociosanitaria.

4.2. El concepto de gobernanza propuesto es el siguiente:

- Es una manera de gobernar que tiene en cuenta la interdependencia entre los diferentes actores (públicos, privados o sociales; locales, estatales o globales) y favorece la generación de un marco de normas (formales e informales) que permiten la negociación en el establecimiento de propósitos comunes, el intercambio o la complementación de recursos y la toma de decisiones, desde el trabajo en red.

4.3. Las políticas de drogodependencias han supuesto una experiencia temprana de gobernanza. Sin embargo, en su aplicación se detectan una serie de debilidades:

- En muchos casos, la intersectorialidad es formal, únicamente plasmada en la literatura de los planes. Asimismo, muchos de los órganos de coordinación creados tienen un funcionamiento muy burocrático.
- No se observa una clara orientación hacia la promoción de la participación de las entidades sociales y, mucho menos, de la población usuaria.

- 4.4. Para superar estas debilidades, desde esta tesis se propone:
- Liderazgo institucional claro, eficaz y estable.
 - Participación de los diferentes agentes, como principio pragmático, pero también ético.
 - La gestión de redes como competencia fundamental en el liderazgo de las políticas públicas intersectoriales e integrales.
 - Las gestión relacional como enfoque idóneo para la gobernanza de la atención sociosanitaria.
- 4.5. Incorporar la dimensión intercultural es fundamental para la implementación de estrategias de intervención centradas en la persona y enfocadas desde la proximidad, como las propuestas desde esta tesis para evitar la fragmentación en la atención. Por ello, la competencia intercultural se constituye en el segundo eje propuesto para el desarrollo de la atención sociosanitaria.
- 4.6. El valor añadido de esta tesis reside en que se propone la aplicación de la competencia intercultural a la mejora de la atención a colectivos con expresiones identitarias no étnicas, como es el caso de las personas drogodependientes.
- 4.7. El concepto de competencia intercultural propuesto es el siguiente:
- La competencia intercultural, a partir de la permanente integración de conocimientos, actitudes y habilidades, exige que los y las profesionales reconozcan sus referencias culturales y las de las personas usuarias, que sepan negociar significados, que integren en el diseño de los tratamientos y en su estilo relacional aspectos significativos para los valores y creencias de las personas usuarias, y que sean sensibles al encuentro con otras cosmovisiones y a la garantía y defensa de los derechos de las minorías desfavorecidas.
- 4.8. En el caso de la atención sociosanitaria en general, y de las drogodependencias en particular, he definido cinco procesos que pueden contribuir a reforzar la competencia intercultural de una institución:
- La selección de personal y la composición de los equipos.
 - La formación del personal.

- La detección-atención proactiva y adaptada de necesidades.
- La alianza con la comunidad.
- La incorporación de un modelo participativo para la definición de normas y pautas de funcionamiento.

4.9. Asimismo, he definido cuatro procesos que pueden contribuir a reforzar la competencia intercultural de un o una profesional:

- Conciencia intercultural crítica.
- Conocimiento intercultural.
- Sensibilidad intercultural.
- Habilidad intercultural.

5. La sostenibilidad del subsistema de políticas públicas sobre drogas se encuentra amenazada actualmente¹⁸⁹.

5.1. El momento de menor presencia de “las drogas” en las preocupaciones de la sociedad coincide con una situación de fuerte crisis socioeconómica y de enormes presiones para el recorte de las inversiones públicas.

5.2. En la tesis he descrito diferentes criterios para la existencia de un subsistema de políticas públicas maduro. Dos de estos criterios se están debilitando en el caso de las políticas sobre drogas:

- La existencia de organismos especializados dentro de la Administración Pública. Dentro de las administraciones autonómicas se atisba el inicio de una tendencia hacia la incorporación de los órganos de coordinación de los planes sobre drogas en organismos más amplios, no únicamente dedicados a las políticas sobre drogas. En el caso de Navarra, en el año 2011 desapareció la figura de Directora del PFD. Asimismo, y cuando el II PFD es aprobado (año 2013), las competencias respecto a su desarrollo han sido divididas entre el Instituto de

¹⁸⁹ Como señalaba al inicio del capítulo, este quinto bloque de conclusiones refleja una realidad detectada durante el desarrollo de la tesis, pero que no había sido prevista en el diseño de la investigación. De hecho, se trata de una realidad que se ha hecho más evidente en los años posteriores al periodo de estudio (1993-2009).

Salud Pública (prevención) y la Dirección de Salud Mental (asistencia), sin que exista ninguna figura que dirija o lidere la globalidad del Plan.

- La existencia de grupos de interés, o de subunidades dentro de los grupos de interés, que contemplan el tema como una cuestión principal de su actividad (ONG,s, partidos políticos, investigadores, periodistas, etc). En los últimos años, la presencia de periodistas, o investigadores-as, o políticas-os, cuya actividad principal gire en torno al análisis y/o respuesta ante el consumo de drogas y las drogodependencias, se ha hecho cada vez más reducida. Asimismo, en el caso de las ONG,s, se observa la desaparición de algunas entidades especializadas, mientras que otras han ampliado el objeto de su misión a otras temáticas más o menos vinculadas.

5.3. La desaparición de los organismos específicos puede contribuir a incrementar las debilidades de gobernanza ya existentes. Como se ha tratado de reflejar en esta tesis, la viabilidad de una política intersectorial e integral (como la que es necesaria en el ámbito de las drogodependencias) no es posible sin el desarrollo de un adecuado liderazgo que pueda gestionar las redes implicadas y que favorezca la participación de los distintos agentes.

5.4. La importancia (y la urgencia) por incorporar a las drogodependencias en el discurso y la práctica de la atención sociosanitaria, cuenta también con un argumento estratégico. Lograr que las drogodependencias formen parte de uno de los grandes debates que enmarcan las propuestas de reforma sanitaria y social en los últimos años, constituye, sin duda, un importante factor para la sostenibilidad de estas políticas.

Como cierre y síntesis de la investigación, planteo que en esta tesis he profundizado en torno a las respuestas institucionales ante los fenómenos complejos. En concreto, he orientado mi foco de observación hacia la denominada atención sociosanitaria, que trata de responder a situaciones en las que se presentan necesidades sociales y sanitarias múltiples y complejas. Más específicamente, he analizado las políticas sobre drogodependencias como un ejemplo temprano de políticas que pretendían afrontar la compartimentación institucional y la fragmentación de la atención. El análisis del caso de Navarra me ha permitido vislumbrar algunas fortalezas, pero también diferentes debilidades que han dificultado la consolidación del enfoque biopsicosocial, intersectorial e interdisciplinar, defendido formalmente desde mediados de los años 80 en el ámbito de las políticas sobre drogas. Si la reducción del foco a un caso concreto (las políticas sobre drogodependencias en Navarra) me ha resultado de gran utilidad para la detección de necesidades y debilidades en el afrontamiento de fenómenos complejos, el camino para la detección de estrategias de mejora ha debido ser el contrario, es decir, ampliar el foco hacia ámbitos de actuación y modelos de análisis o intervención no específicamente o no tradicionalmente vinculados a las políticas de drogodependencias. Por ejemplo, las estrategias de nivel estructural y organizativo, muy presentes en los consensos para la mejora de la atención sociosanitaria, son claramente aplicables para el caso de las políticas de drogodependencias. Asimismo, las estrategias de intervención profesional centradas en la persona y enfocadas desde la proximidad, muchas de las cuales no han sido aplicadas suficientemente en el ámbito de las drogodependencias, pueden responder a muchas de las debilidades detectadas. No obstante, el núcleo de la propuesta realizada en esta tesis procede precisamente de las áreas más alejadas tradicionalmente de las políticas de drogodependencias: la gobernanza, más habitual en el ámbito de la política, y la competencia intercultural, procedente de la antropología de la salud y vinculada en la mayor parte de los casos a la etnicidad. Quizás sea ésta una de las principales aportaciones de la tesis, ampliable desde luego a otros ámbitos temáticos: al afrontar un fenómeno complejo es necesario realizar análisis multidimensionales, pero focalizados, y ampliar la mirada para construir soluciones que únicamente pueden ser complejas ante fenómenos que también lo son.

7. BIBLIOGRAFÍA.



- Aguilar, M. et al. (2012). *Los servicios sociales frente a la exclusión*. Zerbitzuan. Nº. 51 (9-26). San Sebastián-Donostia.
- Aguilar, L.F. (2009). *Gobernanza: normalización conceptual y nuevas cuestiones*. Cuadernos de Liderazgo Nº. 17. Cátedra Liderazgos y Gobernanza Democrática. ESADE. Barcelona.
- Alonso, M^a.T. (2000). *Conclusiones de la primera jornada de trabajo sobre experiencias de las comisiones sociosanitarias en Madrid*. Revista Española de Geriátría y Gerontología. Vol.35. Nº. 1 (49-51).
- Amezcua, M. y Gálvez, A. (2002). *Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta*. Revista Española de Salud Pública. Vol. 76. Nº. 5. (423-436).
- Amor, P.J. et al. (2010). *Violencia de género y adicción a drogas en centros de día*. Junta de Andalucía. Sevilla.
- Ararteko (2008). *Atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos*. Ararteko. Vitoria.
- Araujo, M. (2002). “Las políticas de las administraciones”. En FAD. *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. FAD. Madrid.
- Arias, A. et al. (2004). *La definición de los servicios sociales en las leyes de servicios sociales de “primera” y “segunda generación” en España*. Portularia. Nº. 4 (507-518).
- Aruguete, G. (2001). “Una propuesta organizacional alternativa”. En *Jornada sobre gestión en organizaciones del Tercer Sector*. Buenos Aires. Documento en mimeo.
- Arza, J. et al. (2008). *Material didáctico sobre autoempleo e inserción laboral*. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. UMCTA. Madrid.
- Arza, J. (2006). *Mediación en salud. Educación para la salud, reducción de daños y apoyo entre iguales en el medio penitenciario*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Madrid.
- Arza, J. y Carrón, J. (2004). *Y tú ¿qué haces?: participa en la comunidad*. FAD. Madrid.
- Arza, J. (2002). *Las drogas: princesas y dragones*. Eneida. Madrid.
- Azjen y Fishbein (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs. New Jersey.

- Blanco, I. y Goma, R. (2002). *Gobiernos locales y redes participativas*. Ed. Ariel. Barcelona.
- Bandura, A. (1977). *Teoría del aprendizaje social*. Englewood Cliffs. New Jersey.
- Bartoli, P. (1991). “Práctica médica y antropología: un encuentro posible”. En Devillard, M^a.J. et al. (1991) *La voz callada. Aproximación antropológico-social al enfermo de artritis reumatoide*. Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Madrid.
- Bayarri, V. et al. (2011). *Derechos y servicios sociales. Por un sistema de servicios sociales universal, garantista y de calidad: un derecho básico para la igualdad y el desarrollo humano*. CERMI. Madrid. Documento en mimeo.
- Boladeras, M. et al. (2007). *Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud*. Generalitat de Catalunya. Barcelona.
- Börzel, T.A. (1997) *¿Qué tienen de especial los policy networks? Explorando el concepto y su utilidad para el estudio de la gobernación europea*. Redes [publicación periódica en línea]. <http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/policynet.pdf>.
- Canals, J. (2004). *La importancia de las dimensiones culturales en la asistencia y en la promoción de la salud*. Revista de Servicios Sociales y Política Social. N^o. 65 (9-20).
- Canals, J. (2003). *Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas: reciprocidades, identidades y dependencias*. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. Vol. 3. N^o. 1 (71-81).
- Carreras, I. et al. (2010). *Transformar con éxito las ONG. El liderazgo del cambio*. Instituto de Innovación Social. ESADE. Barcelona.
- Carrillo, E. et al. (2010). *Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España*. Antares Consulting. Barcelona.
- Carrón, J. (coord.) (2002). *El impulso de la participación local en drogodependencias*. Documentos Técnicos. GID. Madrid.
- Carrón, J. (2000). “Le processus d’implantation des programmes d’échanges de seringues dans les prisons espagnoles”. En *Acts of European Conference of Drug and HIV/AIDS. Services in Prison*. Hamburg.

- Carrón, J. (1999). *The situation of evaluation in Spain*. En Coletti (ed.). “Evaluation of treatment: and european overview”. European Commision Cost-A6 Group/Itaca. Roma.
- Carrón, J. (1996). “Les programmes de réduction de risques en Espagne”. En *Actes des II Rencontres Européennes sur la réduction de risques chez les usagers de drogues*. CRIPS. Marseille.
- Carrón, J. y Sánchez, L. (1995). *Los Servicios Sociales Generales y la atención a drogodependientes*. GID. Madrid.
- Casas M., et al. (1992). “Las conductas de automedicación en drogodependencias”. En Casas M. (coord.) *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Barcelona, Ediciones en Neurociencias.
- Castaño, C. et al. (1994). *El síndrome socio-sanitario. Estrategias de intervención ante un problema nuevo de salud pública*. Revista Española de Salud Pública 1994. Nº. 68 (261-266).
- Cohen-Emerique, M. (2000). *El acercamiento intercultural*. Cuadernos de Formación de Sevilla Acoge. Sevilla Acoge. Sevilla.
- Comas, D. et al. (2011). *La metodología de la comunidad terapéutica*. Fundación Atenea-Grupo GID. Madrid.
- Comas, D. (2010). *Modelos de intervención en adicciones: la lógica de las políticas sobre drogas*. Revista Proyecto Hombre. Monográfico Nº. 72.
- Comas, D. (2005). *La trayectoria vital y la experiencia terapéutica de los adictos a drogas ilegales en Castilla-La Mancha*. Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM). Toledo.
- Comas, D. (1996). “Representación social y estrategias sobre drogas: el caso español”. En *Libro de ponencias de las II Jornadas de Itaca*. Barcelona.
- Comas, D. (1994). *Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los años 90*. INJUVE. Madrid.
- Comas, D. (1986). *Uso de drogas: del paradigma lewiniano al nuevo rol de las expectativas simbólicas*. Jano Medicina y Humanidades. Nº. 713 (65-81).
- Comelles, J.M^a. y Martínez, A., (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid, Eudema.
- Comelles, J.M^a. (2006) “El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XX”. En Fernández, G. (coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina*. Ed. Abya-Yala, Quito.

- Comisión Mixta (2011). *Ponencia sobre sistemas de tratamiento y atención a las drogodependencias*. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Nº. 432.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2001). Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. COM. Bruselas.
- Comisión Europea (2001). *La Gobernanza Europea. Un Libro Blanco*. Diario Oficial de las Comunidades Europeas (25-7-2001). Bruselas.
- Contel, J.C. et al. (1999). *Atención domiciliaria. Organización y práctica*. Ed. Springer. Barcelona.
- Davidson, L. et al. (2012). *Apoyo de compañeros entre las personas con enfermedades mentales graves: un análisis de evidencia y de experiencia*. World Psychiatry. Edición en español. Vol. 10. Nº. 2 (13-128).
- De la Cuesta-Benjumea, C. (2011). *La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa*. Enfermería Clínica. Vol. 21. Nº. 3 (163-167).
- Denis, J.L. et al. (2010). *Reforma y gobernanza en salud: el atractivo del gerenciamiento en la acción pública*. Revista Salud Pública. Nº. 12 (1) (105-122).
- Departamento Salud EE.UU. (2001). *Nacional Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care. Executive Summary en español*. Departamento Salud EE.UU. Washington, D.C.
- Domenech, Y. (1998). *Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social*. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. Nº 6 (179-195).
- Elzo, J. et al. (2010). *Valores sociales y drogas 2010*. FAD. Madrid.
- Elzo, J. (2009). “Permanencia y evolución de valores en España, 1981-2008”. En *Congreso Familias y jóvenes, juntos por la prevención*. FAD. Madrid.
- Fábrega H. (1974) *Disease and Social Behavior*. MIT Press. Cambridge.
- FAD (2009). *La visión de la FAD. Problemas de drogas, aquí y ahora. Documento de enfoque*. Madrid, FAD. Documento en mimeo.

- Fantova, F. (2008). *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Cuadernos de Derechos Humanos. Nº. 49. Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe. Universidad de Deusto. Bilbao.
- Fantova, F. (2006). *La coordinación estructural de la asistencia sanitaria y de los servicios sociales*. Revista Ághatos, año 6, nº. 1, marzo 2006, pp. 12-21.
- Fernández, A. et al. (2011). *Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la atención en salud mental. Hacia la equidad en salud*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid.
- Fierro, I. et al. (2010). *Mortalidad prematura relacionada con el consumo de alcohol en España y en las diferentes comunidades autónomas españolas en el año 2004*. Revista Atención Primaria Vol. 42. Nº. 2.
- FOESSA (2008). *VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008*. Fundación FOESSA. Madrid.
- Freire, P. (1983). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI. Madrid.
- Fundación Moderna (2010). *Nuevo modelo de desarrollo económico de Navarra*. Fundación Moderna. Pamplona.
- Funes, J. (1995). *La incorporación social de las personas con problemas de drogas*. Plan Foral de Drogodependencias del Gobierno de Navarra y Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco. Pamplona.
- Gamella, J. (1997) *Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas*. Claves de razón práctica. Nº. 72 (20-30).
- García Lalinde, G. et al. (2004). *Bola de nieve: guía para la formación de usuarios/as de drogas como agentes de salud*. Grupo GID. Madrid.
- García Canclini, N. (2004). *Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad*. Gedisa. Barcelona.
- Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas*. Gedisa. Barcelona.
- Gervás, J. (2008). *La gestión de casos y de enfermedades, y la mejora de la coordinación de la atención sanitaria en España*. Gaceta Sanitaria. Nº. 22, supl. 1 (163-168).
- Giménez, C. y Malgesini, G. (1997). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Ediciones La Cueva del Oso. Madrid.
- Gobierno de Navarra (2009). *La cuenta de la protección social en Navarra 1996-2008*. Gobierno de Navarra. Instituto Navarro de Estadística. Pamplona. Documento en mimeo.

- Gobierno de Navarra (2000). *Plan Foral de Atención Socio Sanitaria*. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. Pamplona. Documento en mimeo.
- Gobierno Vasco (2012). *Instrumento técnico común de valoración de la exclusión social*. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.
- Gobierno Vasco (2006). *Diagnóstico social e intervención: herramienta informática para el Trabajo Social*. Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.
- Goleman, D. et al. (2008). *El líder resonante crea más*. Editorial Sudamericana. Buenos Aires.
- Grup IGIA (2000). *Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre la reducción de riesgos relacionados con las drogas*. Grup IGIA. Barcelona.
- Guy Peters, B. (2005). *Gobernanza y burocracia pública: ¿nuevas formas de democracia o nuevas formas de control?* Foro Internacional. Vol. XLV. N°. 4 (585-598). México.
- Harris, H. (1970). *El trabajo social individualizado*. Ediciones RIALP. Madrid.
- Hufty, M. et al. (2006). *Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación*. Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro. N°. 22 (35-45).
- Hunter, D. J. (1988). *Bridging the Gap. Case Management and Advocacy for People with Physical Handicaps*. King's Fund Publishing Office. London.
- Hernández, M. (2003). "Tratamiento comunitario asertivo". En *Atención comunitaria, rehabilitación y empleo. Actas II Congreso Rehabilitación en Salud Mental*. Publicaciones del INICO. Salamanca.
- IMSERSO (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*. Ministerio Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. Madrid.
- Jiménez, A. (2007). *El sector de la salud y la atención a la dependencia*. Fundación Alternativas. Madrid.
- Kerkhofs, J. (2005). *Tendencias reveladas por las Encuestas European Values Study y perspectivas de futuro*. Quaderns de la Mediterrania. N°. 5 (33-42).

- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An Exploration of Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley, University of California Press.
- Laparra, M., Pérez Eransus, B. et al. (2008). *La exclusión social en España: un espacio diverso y disperso en intensa transformación*. Fundación Foessa. Madrid.
- Laparra, M. et al. (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas. *Revista Española del Tercer Sector*. Nº. 5 (15-57).
- Leutz, W.N. (1999). *Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom*. The Milbank Quarterly. Vol. 77. Nº. 1.
- Lillo, M. et al. (2004) *Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural*. En *Index Enfermería*. Vol.13. Nº. 44-45 (47-50).
- Llovet, M. et al. (2011). “Los *peer workers* como actores que activan la participación con personas y colectivos en situación de exclusión social”. En *Actas del III Congreso Anual de la REPS*. Pamplona.
- Majone, G. (1989). *Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas*. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública y Fondo de Cultura Económica. México D.F.
- Malik, B. (2009). *Desarrollo de competencias interculturales en orientación*. UNED. Documento en mimeo.
- Maalouf, A. (1999). *Identidades asesinas*. Alianza Editorial, Madrid.
- Marina, P. (2001). *Indicación terapéutica en drogodependencias y alcoholismo*. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. Vol. 1. Nº. 1 (50-56).
- Martín, M. et al. (1996). *Manual de indicadores para el diagnóstico social*. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de la Comunidad Autónoma Vasca. Vitoria-Gasteiz.
- Martín-García, M. et al. (2006). *Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud*. Gaceta Sanitaria. Nº. 20 (Supl. 1) (192-202).
- Martínez, J.R. y Sanjuán, A. (2009). *¿Por qué hablamos de continuidad de cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional?*. *Revista de Administración Sanitaria*. Vol. 7. Nº. 4 (661-682).

- Martínez, J.J. y Peñuelas, E. (2004). *Tratamiento Asertivo Comunitario: el modelo de Avilés*. Archivos de Psiquiatría. Vol. 2. Nº. 70 (77-82).
- Martínón, R. (2011). *El marco de las coaliciones promotoras en el análisis de las políticas públicas. El caso de las políticas de drogas en España (1986-1996)*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Maturana, H., Varela, F. (1984). *El árbol del conocimiento*. Editorial Universitaria. Santiago de Chile.
- Megías, E. et al. (2004). *La percepción social de los problemas de drogas en España*. FAD. Madrid.
- Megías, E. (2000). “Organización de los servicios asistenciales”. En Grup IGIA. *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias*. FAD y Ayuntamiento de Barcelona.
- Menéndez, E.L. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México, Alianza Editorial Mexicana – FONCA.
- Menéndez, E.L. (1998). *Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes*. Revista de Estudios Sociológicos. XVI. Nº. 46 (37-67).
- Menéndez, E.L. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Ciência y Saúde Coletiva. Vol. 8, 1 (185-207).
- Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. <http://www.magrama.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-y-comercializacion-y-distribucion-alimentaria/panel-de-consumo-alimentario/>
- Ministerio Educación (2008). *Sistema estatal de indicadores de la educación 2007*. Ministerio Educación, Política Social y Deporte. Madrid.
- Ministerio de Sanidad (2001). *Bases para un modelo de atención sociosanitaria*. Ministerio de Sanidad. Dirección general de planificación sanitaria. Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2006. <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- Montes, A. et al. (2004). *Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España*. Revista Adicciones. Vol. 16. Supl. 2.

- Morata, F. (2004). *Gobernanza multinivel en la Unión Europea*. Tirant Lo Blanch. Valencia.
- Moreno-Iribas, C. et al. (2004). *Progresos en el control de la infección por el VIH y el SIDA en Navarra, 1985-2003*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Vol. 27. Nº. 2 (221-231).
- MSPSI (2011). *Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid. Documento en mimeo.
- MSPSI (2010). *Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la UE*. MSPSI. Madrid.
- MSSSI (2011). *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.
- NIMH (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. National Institute of Mental Health. Washington DC.
- Nichter, M. (2006). *Reducción de daños: una preocupación central de la antropología médica*. Desacatos. Nº. 20 (109-132).
- Northouse, P. G. (2001). *Leadership. Theory and Practice*. Sage Publications, Inc. Thousand Oaks, London, New Delhi.
- Nowlis, H. (1975). *La verdad sobre la droga*. UNESCO. París.
- Ochoa, E. et al. (2006). *Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España: 1999-04*. Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas. Universidad de Valladolid. Valladolid.
- OEDT (2008). *El problema de la drogodependencia en Europa. Informe Anual 2008*. Observatorio Europeo de las Drogas y la Toxicomanía. Luxemburgo.
- OEDT (2009). *El problema de la drogodependencia en Europa. Informe Anual 2009*. Observatorio Europeo de las Drogas y la Toxicomanía. Luxemburgo.
- ONUSIDA (2000). *Educación inter pares y VIH/SIDA: conceptos, usos y problemas*. ONUSIDA. Ginebra.
- ONU (2005). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención a la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida*. Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. Viena.
- Orden Hospitalaria San Juan de Dios (2005). *Definición de lo sociosanitario: de la asistencia sociosanitaria y de la interfase que se pone entre los servicios*

- sanitarios y sociales*. Boletín Interprovincial Fundación Juan Ciudad. Nº. 61 (3-8).
- Osorio-Merchán, M.B. y Lucero, A. (2008). *Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado*. Index Enfermería. Vol. 17. Nº. 4. (266-270).
 - Parrino, M.W. (1997). *Manual de tratamiento con metadona*. Grup IGIA. Barcelona.
 - Pascual, J.M^a. y Pascual, J. (2009). *Cohesión social y gobernanza democrática. Para unas regiones y ciudades más inclusivas*. Junta de Andalucía. Consejería de Gobernación. Sevilla.
 - Pascual, C. (2002). “Evolución de las estrategias y modelos asistenciales sobre drogas”. En FAD. *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. FAD. Madrid.
 - Pastor, E. (2012). *Gobernanza de los servicios sociales municipales: dar voz y salida a las aspiraciones ciudadanas*. Cuadernos de Trabajo Social. Vol. 25. Nº. 1 (143-158).
 - Pérez Eransus, B. (2004). *El acompañamiento social como herramienta de lucha contra la exclusión*. Documentación Social. Nº. 135 (89-108).
 - Pérez Oliva, M. (1987). *Medios de comunicación y prevención de las drogodependencias*. Ayuntamiento de Barcelona. Comisión Técnica Consejo de Seguridad Urbana. Barcelona.
 - Peris, J. et al. (2008). *La agenda 21 local como instrumento para la gobernanza democrática local*. Avances de Investigación. Nº. 21. Fundación Carolina y CeALCI. Madrid.
 - Plog y Bates (1980). *Cultural Anthropology*. Alfred A. Knopf, New York.
 - PFD. *Memorias anuales (1993-2007)*. Plan Foral de Drogodependencias de Navarra. Pamplona. Documentos en mimeo.
 - PNSD. *Serie de encuestas EDADES (1995-2011)*. Consultadas en la página web del Plan Nacional sobre Drogas. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>
 - PNSD (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas. 2009.2016*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

- PNSD (2009). *Informe 2009 del Observatorio Español sobre Drogas*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- PNSD (2007). *Informe 2007 del Observatorio Español sobre Drogas*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- PNUD (2010). *Guía sobre la actividad del PNUD en gobernabilidad democrática*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Oslo (Noruega).
- Pons, X. (2008). *Modelos interpretativos del consumo de drogas*. En Polis. Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial. Vol. 4. Nº. 2 (157-186).
- Ponte, C. (2008). “Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente” en Varios Autores. *Salud y Ciudadanía. Teoría y práctica de la innovación*. C.P.R. de Gijón.
- Prats, J. (2003). *El concepto y análisis de la gobernabilidad*. *Revista Instituciones y desarrollo*. Nº. 14-15 (239-269).
- Qureshi, A. et al. (2009). *La mediación intercultural sociosanitaria: implicaciones y retos*. Norte de Salud Mental. Nº. 35 (56-66).
- Richmond, M.E. (1995). *El caso social individual: el diagnóstico social*. Talasa. Madrid.
- Rogers, C. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona.
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations*. Free Press. New York.
- Romaní, O. (2002). “Criterios de prevención: un debate necesario”. En Martín Hopenhayn (compilador). *Prevenir en drogas: enfoques integrales y contextos culturales para alimentar buenas prácticas*. CEPAL Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- Romaní, O. y Rekalde, A. (2002). *Los medios de comunicación social ante las drogas: un análisis crítico*. Observatorio Vasco de Drogodependencias. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.
- Ruiz Olabuénaga, J.I. e Ispizua, M.A. (1989). *La decodificación de la vida cotidiana: metodos de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto. Bilbao.
- Sabatier, P. A. (1988). An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning. *Policy Sciences*. Nº. 21. (129-168).

- Sarabia, A. (2007). *La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional*. Zerbitzuan. Nº. 42. Gobierno Vasco. San Sebastián-Donostia.
- Servicio Andaluz de Salud (2010). *Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento Marco*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
- Soriano, R. (2010). *Cuatro fórmulas de posicionamiento frente a las drogas*. TSNOVA. Nº. 1. (23-32).
- Svenson, G.R. et al. (1998). *Directrices europeas para la educación entre iguales sobre el SIDA a jóvenes*. Comisión Europea. Bruselas.
- Uribe, J.M^a. (1999). “Antropología aplicada: momentos de un debate recurrente”. En *VIII Congreso de Antropología*. Vol. 8. (19-42).
- Uribe, J.M^a. (1996). *Educación y curar. El diálogo cultural en atención primaria*. Ministerio de Cultura. Madrid.
- Valles, M.S. (2007). *Entrevistas cualitativas*. CIS. Madrid.
- Valles, M.S. (1997). *Técnicas cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis. Madrid.
- Vázquez, O. (2002). *Trabajo social y competencia intercultural*. Revista Portularia. Nº. 2 (125-138).
- Vilà, R. (2006). *La dimensión afectiva de la competencia comunicativa intercultural en la educación secundaria obligatoria: escala de sensibilidad intercultural*. Revista de Investigación Educativa. Vol. 24. Nº 2 (353-372).
- Villalobos, A. (2004). *Gestión de caso del adulto mayor en riesgo de dependencia*. Ministerio de Salud de Chile. Santiago de Chile.
- Zimberg, S. (1996). “Introducción y Conceptos Generales del Diagnóstico Dual”. En J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar. *Diagnóstico Dual*. Ediciones en Neurociencias, S.L. Barcelona.
- Zugasti, B. (2012). *El acompañamiento como método de intervención en los procesos de inclusión*. Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión. Pamplona.

ANEXO 1.

GUIÓN ENTREVISTA A PROFESIONALES.

1. Población atendida: características actuales, necesidades y demandas; evolución que, en todos esos aspectos, se ha producido durante los años de vigencia del PFD (o durante los años en los que el o la profesional ha trabajado en este ámbito).
2. ¿Qué servicios se ofrece a ese perfil de personas drogodependientes desde el centro o recurso en el que trabajas? ¿Cómo es el proceso de atención a una persona drogodependiente en el centro o recurso en el que trabajas?
3. En los años de desarrollo del PFD (o durante los años en los que el o la profesional ha trabajado en este ámbito), ¿cuáles son los cambios que destacarías que habido en la red asistencial para drogodependientes?
4. ¿Qué cambios crees que se deberían dar en la red asistencial para responder a las necesidades y demandas de la población drogodependiente en Navarra?
5. ¿Con qué recursos o instituciones te relacionas en el marco de tu intervención con población drogodependiente? (coordinación, derivaciones, etc.). ¿Cómo valoras esas relaciones institucionales? ¿Cómo se podrían mejorar?
6. ¿Cómo valoras la dotación de recursos humanos del centro o recurso en el que trabajas? ¿Cómo ha sido la evolución en este aspecto durante los años de vigencia del PFD (o durante los años en los que el o la profesional ha trabajado en este ámbito)?
7. De cara a un futuro nuevo PFD, ¿qué aspectos se deberían priorizar y qué nuevas estrategias se deberían incorporar?

GUIÓN ENTREVISTA A PERSONAS USUARIAS

1. Describe los diferentes tratamientos en los que has participado.
2. Los previos al tratamiento:
 - Entre el momento en el que comenzaste a tener problemas con el consumo de drogas, y el inicio del primer tratamiento, ¿cuánto tiempo pasó aproximadamente?;
 - ¿Qué factores influyeron en que te plantearas buscar ayuda profesional por primera vez?
 - ¿Qué elementos habrían facilitado que hubiera pasado menos tiempo entre el inicio de los problemas y la búsqueda de ayuda?
3. El primer tratamiento:
 - Una vez que te planteaste buscar ayuda profesional ¿dónde preguntaste por primera vez o dónde te ofrecieron información por primera vez respecto a las alternativas existentes? ¿cómo valoras la información y el trato?
 - ¿Cómo valoras el proceso seguido hasta iniciar el tratamiento (respecto al protocolo de derivación, los trámites burocráticos seguidos, la información ofrecida, la espera, etc.)?
4. Valoración de los tratamientos.
 - Respecto a los diferentes tratamientos en los que has participado ¿qué aspectos positivos destacarías? ¿y negativos?
5. Conclusión.
 - Por favor, describe el programa de tratamiento idóneo para responder a tus necesidades.

ANEXO 2

Ficha metodológica entrevistas

Técnica de investigación: entrevista en profundidad semi-estructurada.

Tipo de muestreo: cualitativo, buscando la validez socio-estructural.

Nº. de entrevistas: 35.

Fechas: Octubre-noviembre 2009.

Definición de la **muestra** de personas a entrevistar:

- Profesionales de la red de salud mental: 3 entrevistas.
- Profesionales de centros especializados de atención a drogodependientes: 5 entrevistas.
- Profesionales de programas municipales sobre drogas: 5 entrevistas.
- Profesionales de entidades sociales que se dirigen a población con necesidades especiales (inmigración, comunidad gitana, alta exclusión, prostitución, etc.): 5 entrevistas.
- Profesionales del ámbito jurídico-penal: 5 entrevistas.
- Personas usuarias del programa de drogodependencias en Navarra: 12 (3 de ellas mujeres).

ANEXO 3

ENTREVISTA PROFESIONAL SALUD MENTAL.

Empezamos por la población atendida, ¿cuáles son sus características actuales, sus necesidades, sus demandas, y qué evolución ha habido en estos años?

La principal evolución después del Programa de Metadona es la relación continuada con el drogodependiente. Antes eran relaciones puntuales esporádicas. “Que voy a una comunidad, que necesito un informe para un Juez...” Y ahora a raíz de la implantación del Programa de Metadona si que habido una continuidad en verles, por lo menos. Otra cosa es sus ausencias en las consultas programadas, etc. etc.

¿Que es muy elevada su ausencia a las consultas?

Sí, si no tienen otras necesidades perentorias...pero bueno, hay la relación de que sabemos como están. Que adelgazan, que no adelgazan, que consumen, que necesitan más metadona, que hay una recaída... todo eso. Y les preguntas: ¿Acudís a los Servicios de Infecciosas con regularidad, estáis tomando tratamiento, no estáis tomando? Siempre es una relación pues mayor, y un conocimiento mayor del que existía antes, pero eso con relación a los pacientes que en su consumo principal era la heroína.

Otras sustancias que están generando demanda? Pues, aparte de la cocaína, poco. Es decir, toda la alarma social que hay con relación con el botellón, no se traduce sino en casos puntuales de un coma etílico, una cosa así. Que ya hay una alarma familiar. No se traduce en demanda de consultas por ese tema. No hemos observado. Ni por otro tipo de consumos, más anfetamínicos o esos si no habido ya un problema judicial o de ese tipo. Excepto la cocaína, que con la cocaína actualmente, ocurre como con la heroína en los primeros años. Que no hay una continuidad. El cocainómano.... Porque lo que le podemos ofrecer es escaso y porque en general, el cocainómano está más integrado en la sociedad en cuanto a que normalmente mantiene un trabajo, etc.. Es decir cuando hay un descalabro ya económico, o una situación judicial, o familiar extrema, es cuando viene. Pero la permanencia en consulta es complicada. Es un poco similar a lo que ocurría cuando no teníamos digamos algo, que para ellos fuese...no tenemos algo que para ellos es realmente un sustitutivo de esa... de la cocaína, como tenemos con la metadona.

¿Su necesidad sería esa? ¿Eso sería lo que buscarían?

Si, ahora a la cocaína se le tiene poco respeto, es decir, excepto cuando ya aparece un brote psicótico, una subtracción claramente paranoica. Entonces ya, dices: “Que es esto? Que a mis amigos no les ha pasado pero a mí sí.” Si hay una descompensación de este tipo que a veces hay incluido un ingreso hospitalario en la Unidad de Psiquiatría. Esa sí es una voz de alarma para ellos, de cara a frenar el consumo. Pero sino no se le tiene mucho respeto. Se ve como algo, como dentro del botellón o dentro de la diversión...Lo que te dicen es: “Consumo como todos”, (lo normal) “Lo normal.” Como pasaba o pasa con el alcohol.

Y cuando vienen aquí a consulta cuando no es un caso de mandato judicial qué es lo que vienen pidiendo? Este perfil de pacientes?

Normalmente hay una presión familiar alrededor o un problema económico importante ya por parte de...es decir, un estado de necesidad, de otra necesidad de ese paciente. Y como, insisto, la cocaína engancha mucho, por lo menos a nivel psicológico. Y si no ha ocurrido nada a ellos o a su entorno grave, en cuanto a su salud, se le tiene poco respeto hoy en día. Es algo como muy permitido socialmente. Así como la heroína ya tiene un estigma importante, ya son gente mucho más tirada, digamos...

¿Qué se les ofrece a este perfil de drogodependientes?

Normalmente, tampoco tienes muchas opciones, no solamente farmacológicas, sino que tampoco permite un plan psico-terápico concreto, porque no hay continuidad... por su parte. Puede haber dos o tres consultas, que pasa la situación de crisis de esa persona. Pasa o continúa de otra manera, no sabemos. Y normalmente desaparecen.

Derivaciones a otros recursos, ¿utilizáis o responden a ellas?

Al ser personas que normalmente tienen un trabajo. Y tienen unos horarios y disponen de un dinero... es decir, los recursos que tenemos son para gente que ha cogido una baja, que no está trabajando, que.... Entonces eso es complicado en un cocainómano.

En algún caso han funcionado derivaciones a servicios como Aldatu, Zuría... ¿o tampoco..?

Yo te diría que igual tampoco, (y mucho menos Comunidad Terapéutica no?) Entre otras cosas porque la gente tiene como una normalización del consumo, sabes? Es lo que te digo, "Todos lo hacen, mis amigos lo hacen" una deriva importante a otra patología psiquiátrica que también ocurre.

¿Y algún otro cambio que hayáis observado en el perfil de los pacientes, en sus demandas, en sus necesidades?

Cuando existen recaídas en los pacientes, en los toxicómanos tradicionales que son politoxicómanos que están en metadona, pero que también hay consumos de cocaína añadidos, consumos de alcohol. Normalmente sí que hay recaídas importantes, son gente que ...Nosotros tenemos una población con una edad ya... es decir, que han recorrido mucho, que han tenido bastante cárcel, que han tenido Comunidades Terapéuticas.

Entonces ¿cual es el handicap más importante? La tardanza en el paso a Comunidad Terapéuticas, a Centro Zuria o eso... Ellos quieren las cosas ya, entonces dos, tres meses, cuatro meses, es mucho. Si la demanda es una actividad laboral protegida, por el Ayuntamiento, todo eso, también se pospone muchísimo tiempo. Exigen unas analíticas durante un montón de tiempo que es difícil eso en un momento que ellos están en situación de crisis.

Ese perfil que han adquirido o que tenían ya. De prisa, de que las cosas se les den ya.... Como les dan la droga. Realmente todo lo que sea posponer la solución lo viven muy mal.

¿Pacientes jóvenes?

Pacientes jóvenes, con estos problemas derivados del botellón casos puntuales, que han pasado por una situación grave y que ha habido una repercusión familiar. Como puede ser un coma etílico o una cosa de éstas que también se da. Pero no para lo que se ve en la calle.

¿Y mujeres?, porque sí que hemos visto en los datos de las memorias, que el porcentaje de mujeres en todos los recursos de tratamiento de drogodependientes es muy pequeño, muy pequeño.

Pues mujeres verdaderamente han muerto muchas ya, y... no es mucho no. Igual lo más, los que todavía son jóvenes pues más dentro de la población gitana. “Que tienen la mercancía al lado.” Pero esas edades que veíamos al principio, de igual dieciocho o diecinueve años, pues la verdad es que no se ven ahora. Concretamente con la heroína y con la coca tardan mucho más en llegar.

En todos estos años, ¿cuales son los cambios que destacarías que habido en la red asistencial para drogodependientes?

Cambios en la red ha habido pocos. Las Comunidades se han abierto a recibir a gente en tratamiento con metadona, que no estuviera libre de drogas, han abierto las puertas al alcohol, que es bastante importante. Pero lo que es en la dinámica de los Centros, pues no sé si habido muchos cambios. Ya sabes que son unos pacientes desagradables y desagradecidos. Porque... ¿para qué nos vamos a engañar no?

Hay una utilización por parte de ellos de los servicios para sus necesidades, no para otras cosas. Normalmente, si no hay una psicopatía... Si que han surgido a través de que, hemos quitado digamos, el componente más marginal de la heroína al entrar en programas de metadona. Si que surge muchas veces la patología dual. En personas que empezaron siendo toxicómanos luego han sido unos psicóticos, clarísimamente. Entonces, algunos siguen con algunos consumos, pero sobre todo suele alrededor del cannabis. Y otros lo abandonan del todo, el consumo, cuando ya tienen su trastorno mental establecido y diagnosticado.

¿Qué cambios crees que se deberían dar en la Red asistencial para responder a estos nuevos perfiles y nuevas necesidades o estas antiguas necesidades a las que nos habías respondido antes?

Nosotros siempre estamos dando vueltas al tema de que quizá, son un tipo de patologías que deberían estar igual al margen de.. vamos, como unos centros específicos de drogodependencias. Al principio del programa de metadona se dio mucha importancia, no sé si recordarás, eres mucho más joven. Pero se dio mucha importancia a que estuvieran integrados en la red. Pero claro, la Red ha ido ... la demanda de atención en la Red ha ido creciendo tanto que: Hoy te falta un toxicómano, pues a lo mejor es como un psicótico, que lo tenías que llamar o hacer un seguimiento, preguntar porque no has venido o tal... Pero eso se nos queda diluido. Claro, eso en centros específicos de drogodependencias quizá, los seguimientos podrían ser más importantes y más específicos para ellos. Con un control ya, mayor de su salud y de todo.

¿Qué hemos visto a raíz de la metadona? Si que es cierto, que con la metadona ha habido sí no una erradicación del consumo de heroína, sí una disminución muy importante. Entonces estos pacientes no están libres de drogas, están consumiendo alcohol de tal

manera, que al final los mata el alcohol. Porque ya es un hígado dañado, etc. Que al final los mata el alcohol o los consumos de cocaína con la metadona o con la heroína más la cocaína que les venden, pues.. los pone mal. Eso si que.... libres de droga la gente que tenemos en metadona tampoco. Y son muy pocos los que se han incorporado al mercado laboral, y sobre todo los que se mantienen en dicho mercado laboral. Ha habido gente que ha formado una familia, que tiene sus hijos, y todo eso, pero poquitos eso lo mantienen.

¿Por qué ocurre eso?

Mira, creo que son gente que han entrado en la droga jóvenes, con unos problemas ya en la escolaridad terribles. Son gente ya, con unas características personales muy psicopáticas. El habituarse a un trabajo, el tener un hijo. Qué bonito tener un hijo, pero luego es mucha responsabilidad. Eso produce tal agobio en ellos.. se ven abrumados por la responsabilidad y ya no saben por dónde salir. Entonces vamos hacia una incapacidad porque aparecen cuadros depresivos. Pero sobre todo ves clarísimamente que no pueden con esa vida. Esa rutina, ese todos los días a las ocho de la mañana o a las siete, o a las cinco o a las diez para un trabajo de ocho horas, etc. Que luego te pagan después de tiempo pero tienes estrecheces económicas porque tampoco tienes ninguna formación especial ni nada de eso pues la verdad es que....

¿Eso pasa principalmente en el perfil heroína o también en otro tipo de drogodependientes?

En el alcohol también pasa pero de otra manera y a más largo plazo.

¿Crees que lo más adecuado sería crear Centros específicos para atender a esta población?

A mí me parece que sí, yo no sé que opinan en otros centros pero...yo creo que sí.

¿Y las patologías duales? ¿Cómo se podrían tratar?

Bueno, es que las patologías duales ya te digo hay muchas, hay un grupo importante y no te sé decir porcentajes. Algunos siguen consumiendo puntualmente pero hay otros, que ya su principal dolencia es la otra patología, la patología mental.

Con la cocaína ya más difícil, sobre todo en estos procesos que más que esquizofrénicos...Ahora tenemos unos cuantos casos que vienen con un diagnóstico primero de un trastorno bipolar. Que los episodios depresivos han sido muy graves en estas personas, claro la coca es un alivio. Y claro llega un momento que ya no sabes que es más importante, si la adicción a la cocaína o su proceso. Porque claro, uno está afectando en el otro no? Clarísimamente.

Las relaciones institucionales que mantenéis. En primer lugar ¿cómo valoras la relación que mantenéis con otros recursos de atención a drogodependientes con Comunidades Terapéuticas, con Zuria?

Realmente tenemos una relación bastante fluida. ¿Cuál es la principal pega? La que tienen ellos, que son las listas de espera, los tiempos. Lo demás, a nivel telefónico, fundamentalmente, tenemos una relación fluida. Sobre todo con Larraingoa y con Zuria.

Utilizamos también Egiarte, Egiarte se llama? (Ibarre) Eso, pero, yo concretamente he tenido menos relación. Creo que en general mis compañeros también.

¿Y con Proyecto Hombre?

También, si, si. También hay patologías duales.

Y aparte de la reducción en las listas de espera, ¿crees que sería necesario algún cambio que mejore la coordinación, la relación?

Hombre pues, por ejemplo, unas reuniones periódicas, un contacto más fluido cuando hay alguna expulsión. Que a veces nos aparece aquí el expulsado, y no se ha podido poner en contacto con nosotros o no sabemos la dosis que está tomando, no sabemos si le están dando medicación o no. Bueno, eso sí que se podía mejorar un poco. Además las expulsiones suelen ser en viernes. O coincide. Pero si, sobre todo en el momento ese de decir: “Bueno, ¿cómo ha ido? ¿por qué ha salido expulsado? ¿para cuánto tiempo pensáis?” Eso bueno... a veces se hace, pero a veces no. Igual depende mucho de cada caso.

Si es un caso que ha ido bien, pero ellos han visto que en un momento determinado por cualquier falta grave han tenido que expulsarle. Pues lo expulsan para un mes, por ejemplo, y luego lo vuelven a coger.

Pero claro nos sigue quedando un producto de malo (dice un compañero mío). Además es toxicómano pero, fundamentalmente es malo.

¿Y la relación con el sistema judicial, penitenciario?

Nada tenemos con las CAS, y esos informes que los condenan a venir a aquí a hacer análisis. Y no tienen ninguna motivación, o muy poca los que vienen. Algunos, hay de todo también. A veces pensamos que es un control que deberían hacer ellos. Que nosotros como controladores pues mal. ¿Porque qué pasa cuando recaen? Eres su terapeuta y además su... el chivato. Y eso es Y si ya ha desaparecido de tu consulta y todo eso, sigues manteniendo una relación con esa persona por ser el chivato, no nos parece que sea función nuestra. Porque no puedes hacer esa doble función terapéutica y controladora.

¿Y con la Red de Atención Primaria de Salud?

Atención Primaria creo que se sigue ocupando poco de...Creo, no sé si ellos estarían de acuerdo o no. Pero así como con relación a otros pacientes tenemos las llamadas telefónicas y ¿qué opinas? y ¿qué esto?... o si le vamos a seguir de baja o... De no ser pacientes que son ya de por si agradables, que los hay. Y su médico ha tenido un conocimiento de él, pues igual desde que eran críos. Por ejemplo puedo estar pensando en Orkoien, en estos sitios que hay algunos médicos de Atención Primaria que los conocen desde críos. Ya es otra cosa. En general creo que no hay un control directo, a no ser que sea una enfermedad terminal o así.

¿Qué crees que deberían hacer?

Un control de su salud sería importante, igual que hacen con otros colectivos como pueden ser diabéticos o ... Esto es una patología crónica, que la recaída se puede dar en cualquier

momento y bueno.. pues no sé, un cierto control cada seis meses... Pero están desbordados.

No me ha tocado mucho, la verdad, el ir yo. Pero aquí las colas son! Yo suelo decir: que como Zara trabajan. Toda esa rampa que has visto hasta la puerta pidiendo hora arriba. Así que con sobrevivir ya tienen bastante a veces.

¿Tenéis algún paciente que la dispensación la haga ahora en Centro de Salud?

Creo que ahora nadie.

¿Farmacia?

Si.

¿Y qué tal funciona?

Muy bien, muy bien. Siempre hemos tenido cuidado en mandar o a “muy buenos” o a “muy malos”. Pero con los “malos” ha podido haber algún problema, pero hay una relación fluida con nosotros. La farmacia tiene mucho respeto a la metadona. Y la verdad es que ellos en cuanto notan algo en el paciente, y luego claro, al ir cada semana, y eso, ellos también les van conociendo. Les van tratando sobre todo si son personas que empatizan con el paciente. Pues enseguida hay llamada. “Yo lo veo mal, creo que ha faltado algún día” “Lo veo desmejorado, por qué no le llamáis?” Hay una relación fluida o si dejan de ir o cualquier cosa también. Eso sí y cada vez que hay un cambio de dosis pues siempre tienen que venir aquí, les mandamos la receta correspondiente. Si, hay un control por parte de ellos. Tienen unos poquitos. Cada farmacia tiene tres como mucho, no sé, no creo que tengan más. Y hay farmacias que tienen... que a esos “malos” los han llevado muy bien. Siempre ha habido la llamada, siempre hay. Tienes tranquilidad cuando van a farmacia.

¿Y con los Servicios Sociales Municipales?

Con los Servicios Sociales de cara a trabajos, pero les ponen tantos condicionamientos... “que no estén tomando nada, que tengan consulta, que vengan a la consulta...” que algunos sí, pero con otros... hacemos lo que podemos. A veces.... Nosotros tenemos un programa de baja exigencia, de muy baja exigencia tradicionalmente. Porque hemos tenido una población muy necesitada o muy tirada o muy marginal en muchos casos, muy enfermos, han muerto cantidad. Pues ya planteas de otra forma la relación con ellos, y entonces muchas veces digamos que nos conformamos con esa relación, con ser un punto de referencia para ellos. Porque no te puedes plantear más cosas. Pero para los trabajos han sido igual excesivamente exigentes. Y hay momentos puntuales que eso les va muy bien. No quiero decir que sea mano de santo pero, les va muy bien. Porque tienen necesidades económicas en su casa, porque no tienen un duro, porque llega un momento que se aburren. Porque tanto tiempo en la calle les hace ir...les hace estar siempre en riesgo. Ellos también te lo cuentan así “Cada vez que piso la calle, de lo que me acuerdo es de esto”.

¿Y con asociaciones hay alguna asociación que colabore con el Centro en el seguimiento de algún paciente, en el acompañamiento?

Asociación te refieres a.... ¿las Madres de la Droga? O de ese tipo que ya no son terapéuticas digamos, pues la verdad es que poco. Poco o nada, igual alguien te diría otra cosa, creo que poco.

Y luego ya te digo de cara a una normalización completa son muy pocos los que hemos conseguido. Si que llevan una vida, yo diría que un poco más digna. Que los pueden mantener en casa aunque tengan padres mayores. Que hay unas recaídas puntuales, pero eso los padres lo toleran. Y la metadona si que les ha dado esa posibilidad.

¿Y con alcohólicos cuál es vuestra experiencia?

Con alcohólicos, yo me enteré hace poco, pero eso normalmente el alcohólico lo puede hacer mejor un toxicómano, que Aldatu cobraba. Yo no sabía eso. Digo, las consultas ambulatorias, quizás lo que más usamos en alcohol. Y también usamos bastante en los consumos de cannabis en chiquillos, adolescentes (Suspertu, el otro programa que tienen) si o pre-adolescentes. Fundamentalmente el consumo de cannabis que ya sabes que da esa desmotivación, hace cosas de todo y a veces reacciones muy agresivas en el medio. Unas veces se quedan ahí, otras veces aparece una patología dual, pero bueno hay veces que se quedan ahí. Que ahí los resultados suelen ser bastante buenos. Y luego en el alcohol estamos utilizando bastante Aldatu y Comunidades Terapéuticas pues ya en gente con una patología muy grave de alcohol.

El alcohólico es diferente, es diferente su estar con relación a nosotros, y en relación.... Cuando se lo plantea, se lo plantea y sino desaparece, y vuelve a aparecer, pero bueno. Estas broncas... hay pero, con diferencia.

El último bloque de temas que quería tratar contigo tiene que ver con los Recursos Humanos del Centro. En primer lugar, ¿cómo valoras la dotación de recursos humanos del Centro y la evolución que ha tenido en estos años?

Son un tipo de pacientes... bueno aquí, pacientes toxicómanos vemos todos los psiquiatras. Tradicionalmente ha habido una población infantil que recurre al Centro muy importante, entonces los psicólogos están dedicados prácticamente a eso, a los niños. Los psicólogos aquí no se han dedicado a la patología, a las toxicomanías. Entonces somos los psiquiatras los que llevamos de forma, más o menos equitativa, los pacientes que llegan con problemas de toxicomanías, o con problemas duales.

Tradicionalmente se han encargado de la dispensación, y del contacto con las farmacias, etc, dos auxiliares de clínica. Con ellos hablan primero. Pues porque vienen a recoger la metadona y les preguntan. Pero es un trabajo que “quema”. Y los dos auxiliares que hemos tenido pues eran gente muy formada, procedían de.. una de ellas del Centro de Toxicomanías del Hospital Psiquiátrico de la Unidad de Toxicomanías y X. ha trabajado mucho directamente con pacientes psiquiátricos. Y ahora la auxiliar se ha ido y entonces la gente que viene no sabe por donde le da el aire. Y entonces claro dices: “Tiene que ser auxiliar o tiene que ser personal de enfermería”. Porque han sido auxiliares con unas características personales y de formación no habituales en auxiliares. Que tienen formación en grupos, en SIDA, tienen formación en muchísimas cosas.

Entonces, sí que nosotros hemos tenido una gran confianza en ellos. Porque pues, por ejemplo, nosotros estamos hasta arriba de trabajo. ¿Qué es lo que pasa? Que a veces tiene que andar detrás de un psiquiatra, “Ah! No, no, pues cítamelo.” Yo por ejemplo, me gusta más ser de respuesta rápida, pero también es a costa mía. Pero hay otros compañeros que dicen: “No, yo necesito sentarme con él, despacio y ver qué pasa”. Entonces esa consulta se la das en mes y medio (y no viene). Y a veces X. necesita una respuesta concreta tuya, porque él no la puede dar, e inmediata. Entonces también se cansa de ir detrás de nosotros, por el pasillo.. “Oye mira, que tengo a éste esperando...” “No, no, que no puedo recluirle”. Ya sabes que cada uno tenemos nuestra forma de trabajar y nuestra forma de desorganizar nuestra agenda. Pero claro...siempre la respuesta más profesional va a ser la de sentarte con él. Eso sí que es verdad pero, a veces él necesita una respuesta inmediata. Y eso va quemando también.

¿Ha habido ofertas de formación en drogodependencias por parte de la Subdirección?

Por parte de la Subdirección no, por parte del Plan Foral por ejemplo, Fermín con X ha tenido mucha relación. Porque X se encargaba más de la dispensación y de la relación inmediata con los toxicómanos. Y X llevaba la relación con farmacias, la relación fluida con farmacias enviar las recetas y si toman tratamiento farmacológico, porque a veces son personas que no se acercan mucho por aquí. Y la relación telefónica con los farmacéuticos y todo eso. Ahora X no está y bueno.. pues creo que ahora han sido los traslados, se va a incorporar una persona que no tiene ni idea de este mundo, que de momento coge una excedencia y por lo tanto habrá otra...Ahora de momento está X solo. Pero también te da miedo quien venga. Porque le tendrías que dedicar un tiempo que no sé si podemos dedicarle, para explicarle, que Metadona es una cosa muy seria. Y no todo el mundo lo sabe.

Y eso en cuanto al personal, porque también es un centro muy particular. Que el botiquín está a tope de gente, de eso se encarga enfermería. El tema farmacológico, hay también una importante cantidad de gente que por sus problemas económicos o por otras razones, están El botiquín está desbordado por el personal de enfermería, ellos dos encargarse también de la metadona, sería muy difícil. Porque hay mucha gente que recoge aquí la medicación. La medicación se le da con la metadona en mano y a otros que no toman metadona, pero se les da en mano. Porque la toma aquí, que es una forma de control en pacientes muy graves que viven solos...Es que tenemos una población especial. Y la más grande de todos los centros, en cuanto a metadona. En cuanto a metadona sí, tenemos entre farmacia y nosotros unos ciento cincuenta pacientes. En farmacia habrá unos cincuenta, porque algunos no quieren, otros son de otros centros y no quieren tampoco ir y tampoco les forzamos. Tendrá algo que ver con la baja exigencia, con el bajo nivel de exigencia. Pero hemos tenido gente con patologías orgánicas muy graves, de hecho, han muerto muchos. Pues en Zuria, en la Cárcel, en Proyecto Hombre, en Trabajo social....

Y luego una cosa que quizá echamos en falta con relación al Plan de Drogas. Veo el Plan de Drogas como un observatorio, aparte de unas indicaciones etc. etc. Creo que debe ser un observatorio, es decir, “Que se está dando por ahí para que no os pille desprevenidos.” Qué tipo de consumos hay, que os pueden llegar, que estamos observando, en qué tipo de gente, en qué margen de edades. Eso que debía ser un observatorio, nosotros tenemos la sensación de que no se nos revierte. Y eso sí que creo que sería algo importante.

Ahora por ejemplo, hay una discusión en las reuniones de directores, en algunos centros o algunas personas se da los comprimidos, el metasedin, nosotros seguimos con la metadona líquida. No sé, una recomendación, una cosa que haga la tarea más fácil. Porque claro hay que preparar para casi cien personas cada uno con su dosis. (¿En ningún caso dais con capsulas la metadona?) Entonces todo eso creo que habría que unificar, que habría que...pero que igual sería con el Plan de Drogas, ¿no?

¿Alguna sugerencia más para el futuro Plan de Drogas, se te ocurre, que os ayudara a trabajar mejor?

Creo que unas recomendaciones a hacer deberían partir de ellos. Nosotros nos vemos con poco espacio para la reflexión y de no ser en estas épocas que ha habido de repente, que se han muerto cuatro personas en dos meses. Pues entre que no vienen, entre que tenemos muchísima demanda de otro tipo. Pues se te diluye un poco. Por eso, es lo que te digo de los centros más específicos de drogodependencias. Que no sé cómo está funcionando en otras comunidades si en relación a los Centros de Salud Mental. Pero creo que en casi todos los sitios hay aparte. Entonces eso ya te permite un seguimiento mucho más directo. Porque no es una población....Nosotros estamos ahora en casi 19.000 historias, para una población de sesenta y tantos mil habitantes, en época de guerra. Entonces claro, niños, ancianos, señoras, casos graves, no graves. Los no graves, que tanto dicen en la Subdirección. ¿Sabes el trabajo que nos dan? Porque son los que les va mal la medicación, que vomitan, que tal, que necesitan cien mil informes, cien mil, lo de los informes es...una pesadilla. Porque tienen revisión en la mutua, de Salud Laboral de Landaben, de Salud Laboral de la baja Navarra. es... y necesitan un informe cada vez, y claro un depresivo en un mes evoluciona poco. Un informe... “Pero me ha dicho el abogado que tiene que ser más contundente porque sino no me dan....(lo que sea).” Entonces hay muchísimo trabajo y claro, pues toda esta gente que por ejemplo, lo que te decía antes, que algunos empiezan con un consumo de alcohol, se olvidan de las drogas, otras las ilegales. Empiezan con un consumo de alcohol desmedido que los mata, entonces claro eso, si ya el personal está mucho más encima De todos los aspectos de esa persona. Algunos son de unas familias que son sagas de toxicómanos. Que se te van muriendo y que ves que no puedes hacer nada por esa persona. Se reproduce generacionalmente, si, si... O gente que ves que son un suicidio anunciado. Claro eso no podemos con ninguno, si uno quiere morir, quiere morir. Pero como ya los vas conociendo más, pues también duele.

Esta es nuestra experiencia de estos años, y si que pediría al Plan Foral, que necesitamos....Hace poco echaron a un paciente mío de Barañain, que ni siquiera está por las drogas ilegales. Porque había esnifado gasolina!. No había oído nunca! Son ellos los que te enseñan esas cosas, pero. Si, pero le habían echado temporalmente. Pero por eso. Y eso lo supe por el paciente, no por la Comunidad. ¿Entiendes lo que te digo del feed-back que igual es importante? “Oye porque lo han echado, pero dímelo tú, además de que me lo diga el paciente.”

Ya serían más informes y luego, pues... estamos gente, que con esto tenemos unas dificultades..... que claro yo veo las ventajas de los correos electrónicos. Es mucho más ágil que el teléfono, el teléfono para cuando localizas a una persona... “Le voy a llamar a Andoni” “No, pero hoy no está aquí, está en la calle Olite”, “Pues estoy en consulta, luego te llamo” Luego te llama y estás en consulta tú. Pero la relación la tenemos buena con Larraingoa, con Ibarre menos, porque mandamos menos gente, al menos, si podemos. Si se empeñan decimos: “Pues que vayan...” pero si podemos.... Ahora ingresan pocos

también. A no ser una cosa muy puntual y a petición de ellos. El ingreso hospitalario me refiero para una desintoxicación o para una bajada de dosis, o... sino hay una patología dual, claro....

ENTREVISTA A DROGODEPENDIENTE EN TRATAMIENTO RESIDENCIAL (Comunidad Terapéutica)

Muy bien, pues, igual para centrarnos un poco, me cuentas un poco esquemáticamente los diferentes centros en los que has estado.

Pues, he estado en varios, he estado religiosos, he estado en hospitalarios y luego centros privados, he estado varios años.

Muy bien porque así vas a poder valorar un poquito todo. Nos va a venir bien. Desde el momento en que comenzaste a tener problemas con consumos de drogas o tú percibes que empiezas a tener problemas y empiezas un tratamiento, ¿cuánto tiempo pasa, desde que tú dices, jo pues necesito ayuda, hasta que empiezas?.

Yo creo que varios años. Si, porque para cuando te convences tú de que estás metido en ese berenjenal, como siempre estás, bah, mañana si quiero, bah, mañana lo dejo, ya pero siempre llega el mañana y eso, mañana lo dejo y, para cuando te das cuenta de que necesitas ayuda años, yo creo. A pesar de que te lo diga tu familia y te lo diga todo el mundo. Tu siempre te crees pues que, yo que sé,... que puedes, que no es un problema, yo si quiero mañana lo dejo y ya está y no hace falta que me diga nadie nada, pero bueno llega un día que ves que no puedes, hasta que no llegas muy al fondo muy al fondo no te das cuenta.

Ya, y el día que dices, si, o sea, necesito ayuda, hasta que consigues esa ayuda ¿cuánto tiempo puede pasar?

Bueno, la verdad es que la burocracia es lenta, es muy lenta, ese es el mayor problema, al toxicómano, por llamarlo de alguna manera, cuando dice que necesita ayuda hay que ayudarle pero hay que ayudarle en el momento, pero hay que ayudarle en el momento, no hay que decir, no es que ahora no. Yo me imagino que esto de la burocracia es normal no, hay que hacerla, pero en ese trámite burocrático pues pueden pasar muchas cosas. Lo mejor es que cuando alguien te dice necesito ayuda, es la palabra mágica que necesita todo el mundo, para ayudarle, tanto la familia como los amigos, yo creo que cuanto antes mejor, pero suelen tardar eh, suelen tardar.

En tu caso ¿cómo fue cuando, el primer paso que diste en este sentido?

En mi caso la verdad es que fue bastante rápido, porque yo ingresé en una comunidad de hace 22 años, que se llamaba el Patriarca antes, ingresé y la verdad es que era bastante rápida, porque como estaba llevada por toxicómanos, pues era bastante más comprensible que un organismo oficial que no ha vivido el tema, no, entonces dije quiero ingresar e hicieron zis zas, te rellenaban un papel...

¿Y tu fuiste directamente al Patriarca o estuviste primero a algún servicios sociales o centro de salud?

Estuve en los servicios sociales sí, fuimos con mi familia, y las alternativas que había entonces hace 22 años eran realmente pocas. Era ingresarte en la unidad de cuidados que hay en el hospital, el pabellón ese que hay, y te ofrecían unas curas de sueño, o no sé, no me acuerdo, cosas así un poco alternativas,... sí o a través de pastillas, oye pues toma pastillas o tranxiliums, o reínoles, que es lo que había entonces, pero solución solución no te daban ninguna, en realidad era más que todo una cosa pasajera para ver si, no sé, para

ver si funcionaban las cosas que hacían ellos entonces, pero no te creas que funcionaba nada, tenías el tratamiento y al día siguiente te ibas a la calle, al mismo sitio con la misma gente, los mismos amigos y el mismo ambiente y lo que habías hecho en un día o en una semana no servía para nada

Entonces fuiste a servicios sociales y te hablaron del Patriarca.

Bueno, la verdad que de varias comunidades, pero lo que pasa es que la más rápida en ingresar era la del Patriarca, o sea, yo no me delimitaba a ninguna,... Si, yo dije, yo la primera que me ingrese, pues a mi me da igual, me acuerdo la asistente social que tenía no me acuerdo muy bien, tienes el Patriarca, tienes tal y pregunté cuál es la más rápida en ingresar, el Patriarca y al Patriarca, y en cuestión de una semana estaba a 2000 Km. de mi casa

¿Qué crees que habría facilitado que hubiese pasado menos tiempo entre cuando empezaste a tener problemas y comenzaste el tratamiento?

Es que realmente, no se trata solo de eso, el principal protagonista de todo esto eres tu, si tu no quieres no puedes hacer nada, tu por mucho que te diga tu madre o los profesionales o psiquiatras, por mucho que te diga todo el mundo, si tu no quieres no puedes hacer nada, realmente empieza el tratamiento cuando tu dices quiero, por eso te decía antes cuando el toxicómano quiere es cuando hay que darle, cuando hay que darle todos los medios posibles para poder salir, al fin y al cabo un toxicómano lo tratan como una enfermedad pero claro, afecta a todo alrededor no solo a la persona, o robas a tu familia o tus amigos, o a este, o , siempre repercute a toda tu red social, entonces cuando dice eso, si tu no dicen eso, por mucho que hagan los demás es imposible, o sea ahí no hay tu tía que se dice, no vale para nada,

Cómo valoras la información, el trato que se te dio en el primer sitio que acudiste, servicios sociales en este caso.

Si, servicios sociales, no, la verdad que el trato bueno, el trato bueno, di, que hace 20 años no es lo mismo que ahora no, no se trata igual, pero en general bien, siempre todo el mundo intenta hacerlo mejor o darte todas las posibilidades, pero bueno, como siempre al final eres tu el que decides, por muy bien que te traten, a mí siempre me han tratado bien en todos los lados, nunca he tenido ninguna queja, ni psiquiatras, ni psicólogos, ni médicos de cabecera, nada al contrario, todo el mundo siempre dispuesto a todo, por lo menos conmigo, con los demás no sé.

En los diferentes tratamientos, lo que destacarías como positivo de los diferentes centros.

Yo creo que lo positivo es el valor humano que hay, aparte del profesional, he visto a gente que aparte de ser profesional y cobrar un sueldo todos los meses hace bastante más de lo que realmente merece, porque quizá esto es más humano que económico no, este problema. Yo en los centros que he estado, en casi todos, lo más destacable es el valor humano de mucha gente que realmente se dedica a eso, pero bueno, tiene que cobrar porque tiene que vivir no, pero realmente pone mucho de sí, vaya, que no es un trabajo como en la fábrica que fichas, entras a una hora sales a otra hora y sino haces una pieza ahí se queda no, estás trabajando en un sitio de estos, pues te vienes aquí y te llevas los

problemas a tu casa también, joe este chaval se ha quedado así, podía haberle hablado de otra manera, este se ha drogado, que habrá pasado, no habré hablado bien. Es un trabajo mucho más allá de lo económico. Yo creo que lo positivo es lo humano, ¿lo negativo?, lo material, lo material me refiero a alternativas, pues de terapias, terapias del trabajo, en grupo, no sé,...terapias que realmente valgan la pena, porque muchas veces la terapia ocupacional muchas veces no sirve, porque te dicen haz un muro aquí y a la semana lo tiran, no sé, y vuélvelo a hacer y vuélvelo a tirar hay que hacer cosas constructivas pienso yo, para que te ayuden a ti, eso es lo que te va sacando adelante, el decir vas a poder, joe, estaba ayer robando y saber que hoy he hecho una bañera o he hecho una ducha o este patio, joe pues realmente veo que puedo salir adelante, son cosas que te llenan a ti, a lo mejor no has cobrado nada por ello no, pero los has hecho por gusto, o por estar ocupado simplemente.

.....yo he estado en centros, he estado en un centro 9 años, en un centro cristiano 7 u 8 meses, y he estado... luego he estado en la Zuria ésta de cuidados en el hospital también, en los tratamientos alternativos que había también,... aquí por ejemplo, aquí está muy bien, la verdad eh, yo para mí, para la edad que tengo, yo conozco Proyecto Hombre por ejemplo, que nació del Patriarca también, conozco Larraingoa, o sea, yo esos centros los conozco muy bien, porque he estado en centros así durante 9 años y pico, y luego bueno conocí este de aquí, y la verdad que para mí es el mejor, porque no hago nada, bueno no hago nada, quiero decir, que no me intentan comer la cabeza todo el día de cosas que ya sé realmente, no sé como explicarte no, tu vas a centros y no sé, eeh, joder, porque hagas una cosa solo ya te están machacando, joder me has intentado engañar, porque somos mentirosos casi de nacimiento pero eso no tiene porque ser así, yo cuando dejo las drogas soy una persona normal y corriente, e incluso cuando me drogo suelo ser bastante normal también no, a lo mejor por el poder económico o por lo que sea, pero vamos, yo cuando dejo las drogas soy una persona como cualquier otra persona, o sea ni miento, ni engaño, ni me aprovecho, al contrario, pero bueno, no se, lo que pasa que bueno, nos tienen etiquetados de esa manera y, e incluso creo que somos mejores personas que mucha gente que hay por la calle, porque somos más sensibles a todas las cosas que suceden y yo creo que la vida nos ha hecho así, o sea nos ha hecho muy duros por un lado pero muy sensibles por el otro, y se piensan que sabe, no, no, si este es un yonqui y tal, si estoy drogado pero tu también eres alcohólico, lo que pasa como eso está bien visto no es un problema no, y estas por que yo a lo mejor, o no sé, estamos etiquetados entonces bueno, es un poco...

En otros centros te has sentido como más etiquetado o,...

Si, que te quieren analizar y cambiarte, porque no puedes escuchar esta música porque te trae recuerdos o, no puedes tomar café porque te altera y tal, joe si es lo que hace todo el mundo en la vida social, todo el mundo lo hace igual, por qué yo no?, por qué, porque me haya drogado?, lo que tengo que hacer es dejarme de drogar, no me tienes que cambiar la cabeza de pensamientos ni mucho menos, me puedes orientar y decirme, oye, joe, pues lo más factible es que cuando tu salgas no vuelvas al entorno donde has bebido, donde has estado y en el que te has drogado, y tal, eso es lógico, eso es normal, lo primero para dejar este problema tienes que dejar ese entorno, pero te intentan inculcar tantas cosas que al final dices bueno, no sé, yo creo que eso es súper negativo... súper negativo, yo prefiero que una persona piense por sí misma y sea ella misma o sea si es así es así, la gente que, no sé, la gente que es agarrada de bolsillo será toda la vida agarrada de bolsillo, porque tu le enseñes 3 meses que no sea agarrada de bolsillo cuando tu le dejes el tío volverá a ser agarrado de bolsillo no, no sé como explicarte no, y bueno, y aquí por ejemplo, luego hay centros como este, pro ejemplo pues bueno, que te dejan ser tu mismo, lo único que tienes

que hacer es salir del problema sin más, tienes ahí unas personas que te orientan, que te pueden ayudar, que te ayudan con muchos problemas, pues los judiciales, personales, familiares, de todo tipo y bueno, y bueno eso lo veo de positivo, ahora, no sé, yo eh, ahora otra persona otra gente que a lo mejor no.

Siguiendo y valorando un poquito diferentes recursos empezando por los servicios sociales sociales, aparte de la primera vez que ya hemos hablado supongo que habrás estado otras veces, ¿qué es lo que te deberían haber aportado y no te han aportado? ¿Cómo te han tratado?

La verdad sea dicha, que tu vas a un servicio social y cuando hablas con tu asistente de barrio o con la persona encargada de la unidad de barrio, hablas con ella y parece que es ella la que decide, quiero decir que para mí, para mí eh, personalmente, para mí una persona que está en un cargo de esos no es quien para decirte ni no ni si, es una persona simplemente que se tiene que dedicar a tramitar una petición que tú haces, porque al final el que decide pues pueden ser distintos organismos oficiales...y muchas de ellas se toman la autoridad de decirles, pues oye, esto no lo vas a poder hacer, bueno, yo a ti no te lo estoy preguntando, te he dicho que lo solicites... hay otras que te ayudan, pero hay otras que son una barrera en realidad. Luego te encuentras alguna que vamos, que es una joya, que esto que tal, y ves que hacen todo lo que pueden y que aún así no lo consiguen pero por lo menos, bueno, joe, por lo menos te tratan como a una persona no, te tratan normal, porque piensan ya que como somos yonquis ya, dicen bah, este es otro mangante, o vas a pedir metadona y, bah ya la vas a vender, ya no sé que, joe chico, o vas a pedir metadona espérate dos días, espérate 3, como yo hace poco, que estuve pidiendo tratamiento de metadona en el centro de salud,...

Sí, vamos a ir ahora al centro de salud. Pues eso, centros de salud y hospitales, lo que estabas contando.

E: como todo va enlazado pues, claro porque tu vas a la asistente social y te manda al centro de salud, y el centro de salud pues también, muchas veces se toman el tema como si fuera personal, vas a tomar metadona y joe, si estoy pidiendo ayuda hoy, si yo que soy toxicómano y estoy en la calle todo el día robando o creando delincuencia y voy a pedirla hoy, joe, pues no sé por qué tardan una semana en dármela, porque una semana más que yo voy a estar delinquiendo, incluso una semana más para mí puede ser morirme al día siguiente tranquilamente porque me sigo inyectando a lo mejor, o haciendo lo que sea, o ir a robar, y me van a meter en la cárcel, joe, te estoy pidiendo ayuda y joe, en vez de tanta burocracia, joe, pues sé un poco más rápida, no, un poco más, que la cosa iría un poco más rápida dirigida a la persona, porque a mí me han llegado a decir, yo he ido al centro de salud y no, no es que todavía tenemos que hacer tal, bueno, a lo mejor, vas el lunes, bueno pues vente el viernes, joe y de aquí al viernes ¿qué voy a hacer chica?, te estoy diciendo que me des un tratamiento para estar tranquilo en mi casa y tal y luego vas el viernes y, no, es que ha pasado esto y tal, bueno, el lunes ya vente el lunes, oye tía, o tío vamos, es que al final, es que las que tengo yo como son todo mujeres por eso digo tía eh, no por otra cosa.

¿Y el tratamiento en centro de salud, el trato, qué tal?

Bueno, bueno, yo creo que bien, yo creo que bien, yo creo que cada uno hace lo que puede también, porque también, somos tantos que luego, tú ten en cuenta que nosotros somos una especie aparte no, o sea, toda la gente que está tratada por cosas normales o cosas

naturales de la vida y luego estamos nosotros que claro, somos, ten en cuenta que somos gente que somos mentirosos, actores, somos de todo, pero bueno, eso es como el rollo ese de que viene el lobo, que viene el lobo, que viene el lobo y luego cuando viene no te lo crees no, pues nosotros somos un poco igual, aunque estamos pidiendo ayuda y bueno, las psiquiatras y esto, yo creo que se han portado bastante bien, en los tratamientos intentan que, no sé, pues acomodarse a lo que tu quieres, a lo que pides, y bueno, en algunos casos, pues bueno, yo en general no tengo ninguna queja en ese aspecto, eh, a mí siempre me han tratado bien.

¿Algo que piensas que podría mejorar en cuanto a centros de salud, o que echases de menos?, o no sé si se te ocurre.

Es que la verdad, bueno, son muy limitadas las atenciones que hay de cara al toxicómano, por ejemplo, las esperas son muy largas, eee, todo, todo, siempre van con el horario muy estricto y, no sé, no sé,... o sea, yo entiendo no, estás en un trabajo y tienes tus horas y tienes tus cosas pero bueno, así como ellos te piden puntualidad, pues, claro tu vas y tarda ella 20 minutos y no pasa nada, en cambio tardas tú 20 minutos y la tía te echa una bronca que alucinas y dices bueno, que ayer la que llegó tarde fuiste tu y he estado 20 minutos sin tomar la medicación tu dices bueno, que esperes tu no importa, dice, aquí la que dirige esto soy yo, nos han jodido, claro que eres tú, entiendes, pero bueno, tienes que acatar esas normas amoldarte, sin más, pero bueno.

En cuanto a Hospitales, ¿cómo los valoras?

En Navarra hay muy poco espacio, para las drogodependencias y eso, hay muy poco espacio, no hay nada, para lo que es Navarra, o sea, es ridículo. Conozco casi todas las áreas, toda la área psiquiátrica, la UHP, conozco casi todo, conozco casi todo, he estado varias veces ahí adentro, en la Unidad psiquiátrica he estado 2 veces, una que estuve hace años y luego estuve hace poco que me dieron unos tratamientos que estaban probando que era denigrante, pero vamos,...o sea, pero no me habían tratado en mi vida peor que eso, eso es... Pues porque están haciendo pruebas y pruebas que se les van de las manos, entonces, pruebas, pues con tratamientos nuevos que sacan y todo esto, y bueno se piensan que, bueno, como eres un yonqui y tal, es igual, dale esta pastilla y a ver qué es lo que pasa, joe, a ver lo que pasa y la verdad que bueno, no sé, yo he tenido tratamientos en el hospital que, o sea, ni dejando de drogarme en la calle, o sea, yo me he dejado de drogar en la calle a lo mejor y pasando el mono que es como decimos nosotros y en el hospital lo he pasado 10 veces peor, o sea, porque se exceden con las dosis o con lo que sea ó, no sé, yo la verdad es que, yo no iría al hospital a quitarme de las drogas, eso seguro, prefiero venirme a un centro, cualquiera, que hay varios, que hay pocos, pero bueno, de los pocos que hay, pasarme el mono de forma natural o ponerme con metadona e ir rebajando y tal queirme al hospital a solicitar una plaza, vamos, eso seguro que no.

Y por otra parte, ¿te parece que hay muy pocos recursos?

E: imagínate, en el hospital de Navarra en la unidad psiquiátrica habrá 3 plazas eh, hay 3 plazas me parece contadas, no te lo he dicho al azar, me parece que hay 3 plazas contadas, o sea, vas y, para gente con problemas psiquiátricos y demás hay 15 y toxicómanos no puede haber mas que 2, 2 me parece, 2 como mucho 3 juntos, porque claro, no sé porque será la idea, o sea, pero es ridículo, en una población como Navarra, o Pamplona, como tu quieras, o sea, que solamente haya 3 plazas, joe que somos una comunidad potente, grande y además tiene muchos recursos, pienso yo, no, sobre todo a este nivel, y fíjate, hay está la

clínica, la otra, el otro, el otro, y no sé qué y no hay mas que un sitio ahí, donde hay un pasillo ahí donde solo pueden entrar 2 toxicómanos cada semana o cada vez que termina el tratamiento uno y otro, hay una lista de espera inmensa, joder, ¿por qué no pones un pabellón un poco más grande? con plaza para 10 tíos, 15, 20, joe, es que no lo entiendo, no lo entiendo, o no solamente en el hospital, hay muy pocas plazas en toda Navarra, incluso con centros privados y con todo, pero bueno, que tengan en Navarra solamente 3 plazas, o sea, es que es una vergüenza eh, eso si que es fatal.

¿Y el trato en hospitales, el trato humano?

Humano bueno, humano bueno, yo creo que bueno, porque como también depende de celadoras, celadores, enfermeros, que son, bueno, que como van rotando todos al final, le toca un día a una en unidad psiquiátrica, otro día en el del cáncer, otro día en el de los niños, otro día en el de los adultos, quiero decir que yo he estado en el hospital ingresado, bueno ahora en concreto una vez, por otros problemas y tal y bueno, para mí el trato es muy bueno, en general... lo que es fatal es la burocracia que hay alrededor de todo.

¿El centro de salud mental te ha ayudado cuando ibas al psiquiatra o la metadona?

En el centro de salud mental sí, siempre he visto una predisposición muy buena, siempre, o sea, muy buena, el psiquiatra sin tener hora ni nada, oye es que, ah eres tu Alfredo pasa, lo que haga falta o mandarle a mi madre o lo que sea, yo en ese aspecto he tenido...bueno no sé si suerte o gente que he pillado bastante humana, pero bueno, a mí la verdad es que me han tratado bastante bien siempre, los psiquiatras y las enfermeras y todo el mundo me han tratado muy bien.

¿Y en las comunidades terapéuticas?

Depende de la comunidad terapéutica en la que ingreses porque hay... menos alguna así de religiones y todo eso que te intentan comerte la cabeza que te he dicho antes, yo creo que bastante positivos, porque al fin y al cabo el que tiene que salir del programa eres tú, lo que pasa que eso, ese pensamiento yo creo que lo alcanzas cuando te van saliendo arrugas no, cuando dices joe ya me he metido dos años, bueno, voy a subir a este centro, yo si quiero seguir en este centro como estoy ahora si quiero que me rehabiliten bien, si no quiero nada. Aquí sales los fines de semana, hay gente que puede traer drogas, puedes traer alcohol, puedes traer lo que quieras y ahí estás tú, ahí estás tú y si quieres tomas y si no quieres no tomas y luego hay otras que son mucho más herméticas, por ejemplo que éstas que son de carácter cerrado cerrado y si, que vienen muy bien, pero bueno, te meten tanto en la burbuja que el día que sales a la calle te metes una hostia de frente.

¿Y en el Patriarca?

El Patriarca muy bien, porque lo primero, bueno, claro eso ya no existe esa comunidad, pero bueno, lo primero lo que hacían, primero creo que lo han copiado otras, porque esa es de las más pioneras, esa, primero te sacaban de tu entorno y te llevaban a 1000 o a 2000 kilómetros fuera de tu casa, o sea, te llevaban muy lejos de tu casa, y lo último que pensabas era en irte, porque claro sin medios y sin nada, era un poco estricto no, cuando yo entré a lo mejor, pero luego fue evolucionando un poco y la verdad es que yo me encontraba muy bien, porque no había nada absolutamente nada de drogas, o sea no había ningún mal rollo, la gente, el tratamiento era como muy humano, era todo de relevos, de un tío a otro, o sea,

yo te ayudaba a ti, pero tú igual mañana le ayudas a otro y luego el otro le ayuda al otro, era como una esto en cadena no, entonces era una cosa muy humana y esos son valores que tu pierdes cuando te drogas, lo humano, el afecto, el cariño de la gente, el miedo, o sea, la confianza, y todo eso, cuando entrabas en el Patriarca, hostia, el primer día, bueno, el primer día no a lo mejor pero a los 8 o 10 días, esa confianza, esto y lo otro y la gente confía en ti, y sales a la calle a vender y coges dinero y lo entregabas y veías a qué iba y luego subvencionábamos a 10 tíos, y, no sé, a pesar de que siempre había algún agujero negro, como en todos los sitios no, pero vamos, que yo la verdad que estuve bastante bien ahí,

Alguna crítica más de lo que no te ha aportado las comunidades terapéuticas y has echado de menos.

Lo que no me han aportado nunca y creo que ni a mí ni a nadie y creo que es lo más negativo que tienen las comunidades terapéuticas es la reinserción social. No lo tiene ninguna, o sea, por mucho que diga Proyecto Hombre o Larraingoa, o sea, o muchos centros, no es cierto, inserción social no existe en ningún lado, porque todo el mundo al final, yo no digo que estén obligados a buscarte una forma de vida, pero está claro que cuando vienes a un centro de estos, pero está claro que si tienes ese tipo de problemas,... pues si que te puedan ayudar pero bueno, te ayudan pero a lo mejor, no sé, pues te dicen, no pues vete aquí a ver qué te dicen, vete allá, pero no sé si me explico, no quiero que te busquen la vida,...

Tú sales y ¿no hay una preparación para la incorporación social y laboral no?

No hay una preparación, no hay, porque además tú ten en cuenta que luego claro con el currículo que llevas si dices pues vengo del centro de rehabilitación, hostial, cuidao, entiendes? así como por ejemplo tengo una minusvalía estoy cojo, joe encantado, porque además reciben una subvención esto y lo otro, en cambio si dices que eres toxicómano, cuidao, estos me roban en cuanto me descuide, que no se qué que no se cuantos, porque como tenemos la etiqueta puesta y nadie se encarga de informar y de prevenir, que es lo más importante creo yo, informar y prevenir..... y claro, somos gente que también nos hace falta un poco un empujón, joe y gente donde agarrarte y si has perdido mucha autoestima que normalmente la pierdes con este problema, pierdes toda la autoestima y el cariño hacia ti mismo, ¿cómo vas a querer a los demás? si no te quieres tú, y luego encima si no encuentras a nadie que te pueda ayudar un poco, bueno si, te puede ayudar tu madre o tu hermano, pero no es una ayuda válida, o sea, pero no son estamos hablando de que esto tiene que llegar alguien de forma oficial o sea, no, nos ponen la posibilidad de poder entrar en un centro, vale, pero joe, cuando salga de él busca alguna posibilidad para poder integrarme en la sociedad porque me estás dando el caramelo pero luego no me quitas el papel, o sea, yo estoy aquí un año y puedo estar de maravilla pero cuando salgo dónde voy ¿quien me da trabajo?

Cuando has tenido recaída, ¿qué es lo que ha influido en que luego decidas ponerte de nuevo en tratamiento?, ...la última vez u otras veces...

Yo me canso de, o sea, o sea, yo quiero estar bien, ¿entiendes?, yo he vivido los dos aspectos, he vivido bien y he vivido mucho también mal, y me gusta vivir normal, como una persona normal, soy débil a veces, y por ser tan débil a veces, o, no sé por qué, al final me meto yo en muchos problemas que no me debería meter, por eso luego te digo que me hago egoísta, sino me hago egoísta me comen, porque como soy así, hombre, cuando veo

que van de cara, también, a la vez que soy así, también soy muy cabrón quiero decir, o sea, cuidao, no me tomes el pelo porque soy un tío también, no agresivo pero si, vamos, no me gusta que me tomen el pelo no, pero no sé decirte, yo, yo quiero estar bien, yo en cuanto me meto en el problema, en cuanto me meto el primero ya, digo, buah, chungo, me cagüen en la hostia puta, o sea, me mosqueo conmigo mismo porque tengo un hijo que quiero estar con él, y quiero llevar una vida normal, trabajar como todo el mundo, y llevar una vida normal, entonces cuando me veo un poco el problema digo buah, ya estamos otra vez, además que se te nota, empiezas a adelgazar, ya no llevas una vida social normal, ya te ves robando, te pillan y a los días en comisaría, y dices joder, con lo bien que estaba hace unos meses y ya estoy otra vez aquí, y allí, yo como pruebe una vez ya, en cuanto pruebo digo, ya me da igual, me voy a meter otra temporada a ver si, cagüen en diez, a ver si salgo de una puta vez. Son las ganas de salir adelante, a mí ya no me hace falta nadie que me diga, oye Alfredo vete a un centro, a mí ya no me hace falta nadie para eso ya, y como yo, mucha gente, algunos no lo reconocerán, pero....

Y sabes perfectamente lo que tienes que hacer, dónde tienes que ir a pedir ayuda...

Si, si, si, yo hago todo en un pis pas ya, en cuanto veo eso voy, oye Patxi, por ejemplo que es de Jarauta y tal, oye Patxi que estoy otra vez aquí, vente Alfredo, tráeme el papel de la subvención, tráeme esto, pin pun pan, ya me sé todos los pasos, le llevo todos los papeles y a esperar, y ven este día y hago todo lo posible para ir, y ven este otro día y ya.

¿Y la espera,...

Bueno, pues como todas, mientras estás en espera una de dos o te metes en tratamientos ambulatorios para no estar delinquiendo y tal y esos rollos o sigues igual, o sea, yo ya he estado esperando una vez y en esa vez me han detenido, a mí no me ha obligado nadie, está claro, hice un atraco, me pillaron y mientras esperaba entrar en centro de rehabilitación me metieron en la cárcel y me pegué un año, también si hubiera ingresado una semana antes no hubiera atracado, pero claro, la culpa de eso no la tiene nadie tampoco, son cosas pues, que pasan.

Y en cuanto al tratamiento, ¿algún programa de tratamiento que, ya que estamos así, como en ideales, que tú consideraras ideal para responder a tus necesidades?

Hombre yo creo que tendría que haber un poco de todo en realidad, porque muchas veces, a mí me podría ir bien simplemente un tratamiento ambulatorio a lo mejor, pero claro como no me ofrecen nada, me tengo que venir a un centro residencial. Es poco y es una, o sea, es que no te ofrecen nada prácticamente, solamente se pueden basar en vamos a hacer una analítica cada día para ver si te has estado drogando o no te has estado drogando, joe, es que ese no es el tema, si tú me tratarías más humanamente, no sé, con otro tipo de, es que no sé exactamente lo que podría haber, no sé exactamente cómo, o sea, lo sé, pero no lo sé explicar, o sea, yo me lo imagino no, pero, no sé,... es que estos temas como entra tanto en juego el tema humano pues eee, a veces el profesional por mucho profesional que sea no llega nunca hasta ahí ¿por qué?, porque como nunca sabe lo que es, realmente, aunque lo haya estudiado nunca sabe lo que son los efectos ni lo que es el rechazo social ni lo que es el rechazo, si, se lo puede imaginar no, porque está atendiendo todos los días pero de ahí a vivirlo realmente es una diferencia bastante grande y vivir los efectos de las drogas por ejemplo y estar en cárceles y, pues, de leerlo en un papel a vivirlo también es muy diferente, y entonces bueno, es un poco complejo el tema pero, no sé, en los centros

sociales si te pudiera, en un centro ambulatorio si te pudiera ofrecer más de lo que te está ofreciendo ahora mismo, ¿qué?, un sitio donde estar, el centro de día por ejemplo está bastante bien, está bastante bien pero es incompleto también, porque no sé, si, entras a las 9 y te vas a las 4 pero a partir de las 4 qué pasa, porque sí que hay gente que tiene familia, y tiene,... pero también hay gente que está sola, no, entonces después de las 4 qué es lo que pasa, te suelen decir oye, no te drogues eh, es muy fácil, pero claro, me estás soltando a las 4 de la tarde en el barrio donde yo vivo e incluso estoy conviviendo en el mismo centro con gente que estaba comprando heroína o vendiéndole, o sea, es muy fácil decir, oye, que si te drogas te vamos a echar, claro son todo siempre como amenazas contra nosotros sabes, si haces esto te vamos a echar, si haces esto tal, en vez de decir, si es que si lo haces ya sabes lo que va a pasar, vamos a hacer esto otro, no no hacer esto, vamos a hacer esto otro.... más alternativas, más ocupaciones, más, y más salidas de futuro que es a lo que estábamos hablando hace un rato también, que claro, mucha gente dice, sí, llevo 10 meses, me faltan 2 para salir pero, ¿a dónde voy?, es que majo ¿a dónde voy?, todo el mundo dice, joe, búscate un currelo y tal, si me busco un currelo, me pagan 800 euros, ¿dónde me pongo a vivir?, que pago 700 de piso y que vivo yo luego con 100 euros?, claro, y dicen, joe, pues todo el mundo vive igual, no, todo el mundo vive igual no, porque nosotros cada vez que nos drogamos y volvemos a empezar empezamos de cero, como si tuviéramos 14 años, no tenemos nada, no tenemos trabajo, no tenemos dinero ahorrado, no tenemos coche, no tenemos casa, prácticamente eh, igual soy muy extremista pero bueno, pero la realidad es esa, o sea, tienes que empezar siempre de cero, siempre de cero, incluso empiezas con cuenta negativa, o sea, tienes que ponerte a cero y de cero tirar para arriba y si no hay ningún apoyo social ni ninguna alternativa para salir pues, no sé, yo reforzaría mucho más siempre las salidas, las salidas, y sobre todo cuando tú entras,...

¿A nivel de trabajo, de vivienda?

Por ejemplo, lo que arreglaría mucho por ejemplo cuando tu vas a, como decíamos antes, cuando tu vas a, dices me quiero rehabilitar, vale, no hay plaza pero vamos a hacer algo contigo, no sé lo qué, no sé lo que, no sé si tenía que haber un centro como el de transeúntes de paso, mientras que estás esperando la plaza en un centro de rehabilitación y habría algunos profesionales que podrían estar contigo, me entiendes? o sea, no sé, alguna cosa así como de refuerzo, que te toca ya centro de rehabilitación, venga, pues te han destinado a tal centro, pamba, o tal otro pamba, entonces ya vas de otra manera, ya vas con un poco más de autoestima, no estás esperando en la calle que estás tirado, que estás reventado, y a la hora de salir pues lo mismo, bueno, pues habrá gente que tiene dinero o lo que sea y sale y tiene su piso, su casa, su trabajo y hay otra gente pues que no la tiene, yo nunca he tenido problemas, como siempre he sido trabajador y eso, he buscado trabajo y tal, pero bueno, luego de repente llevas un mes, dos meses y empiezas otra vez ahí y dices, joe chico, si es que no puedo vivir, si gano 800 y pago 600, si es que tengo que ir todos los días a comer a casa de mi madre joder, es que al final te empiezan a llegar las facturas y dices, a tomar por culo y ya te pasas un día y ya has caído y ya has jodido otra vez todo el tema, que realmente te fijas y es como vive mucha gente, pero bueno. Yo reforzaría mucho más eso, cuando el tío dice que se quiere rehabilitar darle más alternativas, pues no sé, más centros de Día, no centros de día no, me refiero a sitios como este no, estás de 9 a 4, pero ¿por qué no seguido?, ¿por qué no dormir y todo ahí?, si quieres vigilarle y ayudarle, pues hay 20 plazas, pues 20 plazas que hay, joder, ahora mismo hay menos, no hay ninguna, o sea que, quiero decir que todo lo que pongas siempre va a ser positivo, todo lo que vayas añadiendo siempre va a ser positivo porque ahora mismo no hay nada, fíjate en el año que estamos y en la comunidad en la que vivimos, que no sé, que no vivimos, no sé, en Sevilla o en Córdoba o por ahí, no sé, medios hay de sobra, pasa que bueno, no sé, que si luego

encima nos ponen trabas para todo y hay gente que quiere ayudar pero como no dan los permisos y llegan los recursos tarde y eso que quieres ayudar, joe claro, joe es que no hay presupuesto, es que no hay no se qué, pero presupuesto para ir a comer tú todos los días ya tienes, que lo pagamos todos los demás, pero para esto no hay, es que está todo tan político y tan rollo, pero si que sería buena esa eh, reforzar todos los medios que hay, porque es que no hay ninguno eh, en realidad, o sea, no hay nada.

Me has dicho que no tienes problemas para conseguir trabajo o para trabajar, pero ¿crees que te vendría bien un trabajo más suave o soportas bien el ritmo del trabajo?

Yo por suerte me considero bastante privilegiado, con, de la forma que salgo, no sé si me explico, tanto a nivel físico como todo, soy un tío que tengo bastante fuerza, y bueno, me he metido muchas veces en, que he estado muy reventado, pero luego a la hora de currar me recupero bien y luego soy muy social y, pues yo cuando voy a buscar trabajo no digo que he sido drogadicto por supuesto, está claro que con el que estoy tarde o temprano cuando ya te empiezas a conocer pues te vas abriendo y ya vas hablando de más cosas, si es un compañero estás 8 horas con él pues al final ya sabes de qué pie cojeamos cada uno no, estás todos los días con él, yo por lo menos no, hay gente que sí, hay mucha gente que sí, que podría trabajar, pero en vez de 8 horas podría trabajar 4, entonces claro, a dónde vas a ir a trabajar, ¿quien te va a coger para 4 horas?, o 3, me entiendes, pero, sobre todo porque el cuerpo no le da de sí o porque soy seropositivo y no me dan las fuerzas o porque tengo el páncreas quemado o el hígado reventado por haber sido tan alcohólico, no lo sé, hay muchas limitaciones, entonces cuando tienes muchas limitaciones claro, tal y como está la cosa que está fatal para buscar currelo,...

Bueno, pues vamos terminando. ¿Tienes alguna cosa más que añadir?

Pues no quiero comentar nada, ¿te parece poco lo que he comentado o qué? te habrás cansado ya de mí.

