

## DOCUMENTO RESUMEN

# PROCESOS DE EMPODERAMIENTO Y ACCESO A DERECHOS EN LAS POBLACIONES (SEMI) OCULTAS DROGODEPENDIENTES. UNA INVESTIGACIÓN ORIENTADA A LA EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS SOCIO SANITARIOS Y A LA EVALUACIÓN DE IMPACTO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

Gestión:



Financiado por:



✓ POR SOLIDARIDAD  
**OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL**

El programa de estudio «Procesos de empoderamiento y acceso a derechos en las poblaciones (semi) ocultas drogodependientes» gestionado por Episteme Investigación e Intervención Social y subvencionado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

## ANTECEDENTES DEL PRESENTE ESTUDIO

El estudio realizado por Episteme «**Opioides en España. Ni repunte de heroína ni crisis de opioides a la americana**» representa el punto de partida del PROGRAMA. Podéis consultar el informe en digital. Está colgado en diferentes webs (<https://afly.co/6c97>). Para los propósitos del presente trabajo debemos destacar diferentes aspectos. El estudio perseguía dos grandes objetivos.

- El primero, analizar hasta qué punto España volvería a experimentar una «crisis de heroína» como la de los ochenta.
- El segundo, dilucidar si España sufriría una epidemia por abuso de fármacos opioides similar a la de Norteamérica que causó 217.000 muertes entre 1999 y 2017.

Los resultados, más allá de constatar que España no repetirá una crisis de heroína como la de los ochenta ni experimentará una crisis de fármacos opioides<sup>1</sup>, nos mostraron una clara desfragmentación del perfil de persona usuaria de heroína, metadona y otros opioides. **El perfil clásico era hombre-joven-español** con una relativa facilidad para acceder a los recursos sociosanitarios. Los resultados nos mostraron un perfil extremadamente heterogéneo, que en cierta medida y por diferentes motivos, son reactivos o presentan dificultades para acceder a la atención asistencial. En el punto población de estudio presento los diferentes perfiles detectados en la investigación «Opioides en España». Como ya habréis intuido estos son los colectivos que debemos estudiar en el PROGRAMA. El PROGRAMA **debe cotejar las diferentes poblaciones situadas fuera del «radar» sociosanitario**. La finalidad última es:

- Reducir los daños asociados a sus consumos.
- Potenciar el ejercicio de sus derechos de ciudadanía.
- Aquilatar los riesgos que suponen las administraciones para estas poblaciones.
- Mejorar su calidad de vida.
- Ajustar la oferta asistencial a sus necesidades, especialmente con perspectiva de género.

---

<sup>1</sup> Opiáceos y opioides no son sinónimos. Opiáceos son los derivados naturales del opio: morfina, codeína, heroína. Los opioides son los derivados semisintéticos y sintéticos (fentalino, carfentanilo, etc...). Aunque algunas administraciones como el CDC americano consideran que opioides incluye a las tres categorías. En el PROGRAMA emplearemos opioides para referirnos a toda la familia (naturales, semi y sintéticos).

## OBJETIVOS

El PROGRAMA presenta un conjunto de objetivos que superan los reseñados a continuación. En relación con las entrevistas éstas nos deben ayudar a alcanzar los siguientes objetivos.

- Dilucidar las necesidades asistenciales, sociales y humanas de las poblaciones (semi) ocultas.
- Catalizar su acceso a los recursos o a la atención sociosanitaria.

- Mejorar el conocimiento sobre las poblaciones (semi) ocultas para que puedan ejercer sus derechos de ciudadanía.
- Aumentar la efectividad de los tratamientos dirigidos a estas poblaciones.
- Mejorar las políticas públicas destinadas a estas poblaciones.

## NECESIDADES Y PUNTO DE PARTIDA

Las necesidades que justifican el programa se fundamentan en el análisis de la realidad social realizado en diferentes investigaciones, especialmente en el estudio «Opioides en España» y de la literatura científica. Las necesidades empíricas más robustas son:

- **Desfragmentación del perfil de persona consumidora de heroína y otros opioides.** El perfil clásico de heroinómano respondía al de hombre, joven y español. La percepción social aún conceptualiza al heroinómano con estos rasgos, aunque en la actualidad este perfil es totalmente minoritario, y en todo caso, el perfil más visible es el de hombre, envejecido y español. **Las evidencias nos acreditan una clara desfragmentación del perfil de persona usuaria de heroína y otros opioides debido a una progresiva incorporación a los consumos de otros perfiles**, hasta el momento (casi) ausentes en los recursos de atención a las drogodependencias. Dar respuesta y atención sociosanitaria a estos colectivos deviene una necesidad para mejorar la salud pública. Los «nuevos» perfiles son:
  1. Progenitores consumidores de drogas con menores a su cargo, con especial atención a las mujeres.
  2. Menores no acompañados.
  3. Personas drogodependientes excarceladas.
  4. Ravers-travellers.
  5. Envejecidos.
  6. Extranjeros.
  
- **Necesidad de conocer los procesos psicosociales y los mecanismos** socioculturales de las poblaciones (semi) ocultas que delimitan y posibilitan las condiciones de existencia y dificultan o impiden acceder a los recursos de atención sociosanitaria. Para mejorar sus condiciones de existencia, calidad de vida y que puedan ejercer sus derechos de ciudadanía, debemos conocer cómo:
  1. Actúan los mandatos de género.
  2. Conceptualizan los procesos de salud-enfermedad-atención, especialmente en lo relativo a la dependencia a las drogas.

---

  3. Construyen su estilo de vida, así como, su identidad personal y grupal.
  4. Dan cuenta de sus necesidades sociosanitarias percibidas y de las dificultades para cubrirlas.

- **Las mujeres sufren barreras de acceso que les imposibilita acceder a los recursos asistenciales.** La literatura acredita que las mujeres drogodependientes sufren notables dificultades para acceder a un tratamiento. Y, cuando lo hacen, constatan que su funcionamiento está regido por una lógica masculina que condiciona su recuperación. **La mujer drogodependiente sufre triple estigma:** por mujer, por drogodependiente y por no cumplir con las expectativas que se esperan de una mujer (cuidadora, atenta, entregada, sacrificada por la familia y los suyos, etc.). En los colectivos de estudio, si en su conjunto están (semi) ocultas, con los breves sociosanitarios que esto implica, tenemos evidencias deductivas robustas para considerar que, debido a los mandatos de género hegemónicos, las mujeres de estos colectivos viven:

  - En situación de extrema vulnerabilidad.
  - Expuestas a violencia de género y sexual.
  - Con un acceso precario o inexistente a la atención sociosanitaria.
  - Inhabilitadas por motivos de género a ejercer sus derechos de ciudadanía.
  
- **Omisión de la perspectiva de género en la atención y los recursos asistenciales.** La inmensa mayoría de los recursos asistenciales de tratamiento de las drogodependencias son producto de la «crisis de la heroína». El marco interpretativo que aún emplean gran parte de los profesionales asistenciales es deudor de dicha «crisis». Entender el fenómeno de las drogodependencias a partir de un relato de unos tiempos y realidades pasadas implica, entre otras consecuencias, la omisión estructural de la perspectiva de género y las necesidades de las mujeres. La mayoría de los centros son androcentristas: pensados y diseñados para dar tratamiento a los hombres. **Las mujeres siempre han sufrido barreras de acceso a los centros de tratamiento porque se omiten sus necesidades.** Además, en ocasiones, estos se convierten en un lugar de riesgo para las mujeres porque pueden sufrir agresiones, robos y violencia física y psicológica, de los hombres en general, pero especialmente de exparejas. A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años queda patente **la necesidad acuciante de incorporar la perspectiva de género y dotar a los centros de unos protocolos acordes con las necesidades de las mujeres justifica el presente PROGRAMA.**
  
- **Escasa adherencia y nula efectividad de los tratamientos de drogodependencias dirigidos a las poblaciones (semi) ocultas.** Más allá de la adherencia, las evaluaciones de efectividad de los programas y protocolos dirigidos a estos colectivos (o la ausencia de estos) son escasos, parciales o antiguos. Disponer del conocimiento situado de los colectivos, así como, de la cosmovisión de las personas profesionales de los recursos sociosanitarios, nos posibilitará evaluar la efectividad de estos, especialmente los de drogodependencias. La aplicación de los resultados debería permitir que la red sociosanitaria pueda cubrir con mayores garantías las necesidades de la población (semi) oculta. **La**

**finalidad es ofrecer un conjunto de recomendaciones y protocolos con perspectiva de género que permitan mejorar el acceso, la cobertura y la calidad asistencial de los recursos sociosanitarios.** Amoldar la oferta asistencial a las poblaciones (semi) ocultas que, hasta el momento, son reactivas debe permitir mejorar la calidad de vida de estos colectivos, en consonancia con las Convenciones de Derechos Humanos, así como, potenciar la equidad y la cohesión social, disminuir las desigualdades sociales y mitigar las dinámicas de exclusión.

- **Estigmatización mordaz de los colectivos drogodependientes.** La tremenda estigmatización, y en ocasiones criminalización, de los colectivos drogodependientes, especialmente las mujeres, representa el principal escollo para que puedan acceder a los recursos sociosanitarios, recibir un tratamiento de calidad y ejercer sus derechos de ciudadanía. El estigma los expulsa a los márgenes sociales y los condena a unas condiciones de existencia intolerables en un Estado social democrático de derecho como es España.
- **Compraventa de metadona.** Los decomisos de metadona, y por extensión la compraventa, en los mercados informales, aunque con oscilaciones ha tendido al aumento en los últimos años (Ministerio del Interior, 2021: 251). Esto evidencia que algunas personas para abandonar (o reducir) el consumo de heroína, **compran el sustitutivo en el mercado negro porque, por motivos a dilucidar, son reactivos para inscribirse en un programa de dispensación de metadona.**
- **Dispensación «anormal» de jeringuillas.** Algunas farmacias, sobre todo de las periferias urbanas, que participan en los programas de intercambio de jeringuillas, despachan un volumen de jeringuillas incoherente con el número de personas drogodependientes «bajo el radar» de los recursos sociosanitarios de la zona (Martínez Oro, 2019).
- **Falta de protocolos y conocimiento para atender a las poblaciones (semi) ocultas drogodependientes.** Existe la necesidad en diferentes colectivos de drogodependientes de recibir una atención adecuada porque, más allá de barreras de acceso, los recursos sociosanitarios carecen de protocolos y programas ajustados a sus necesidades. En gran medida esta situación es producto de la **falta de evaluación de las políticas públicas dirigidas a la población drogodependiente, especialmente aquellas más ocultas.** La presente investigación debe ofrecer el conocimiento necesario para implementar **protocolos y programas con perspectiva de género adaptados a las necesidades de los diferentes colectivos,** así como, ofrecer una evaluación de impacto de las políticas públicas aplicadas en el momento, junto a un conjunto de recomendaciones para mejorarlas.

## POBLACIÓN DE ESTUDIO

### PERFILES DE USUARIAS

**Personas que pertenecen a poblaciones (semi) ocultas con mayor o menor grado de consumo de heroína y otros opioides que cursen sin dependencia o con diferente intensidad dependencia.** A grandes rasgos, y como punto de partida, destacamos seis perfiles de estas poblaciones (semi) ocultas. Veamos.

1. **Progenitores consumidores de drogas con menores a su cargo, con especial atención a las mujeres.** En este perfil debemos **entrevistar a madres y padres, especialmente madres que sean consumidoras de opioides (en mayor o menor grado) y tengan a sus hijas a cargo.** En los últimos años se ha incorporado al rol de madre y padre personas que consumen sustancias desde hace años, nos interesan aquellos progenitores que consumen drogas, especialmente opioides y críen a sus hijos. No nos interesan los perfiles elitistas o normalizados, es decir, personas que pueden consumir esporádicamente y el día de consumo dejan los hijos en casa de los abuelos o con terceras personas. Nos interesan las personas que compatibilizan sus consumos con la crianza de sus vástagos. No importa la edad de los hijos siempre y cuando convivan con ellas y supongan una responsabilidad ni que sea exclusivamente económica como, por ejemplo, un hijo de diecisiete años sin ingresos propios que la madre debe mantener. Nos interesa también el caso de madres consumidoras que han perdido la custodia de sus hijos/as y ahora mantiene un régimen de visitas, o cualquier otra relación, según lo que establece la administración competente. También nos resultan interesantes las personas que son madres y padres y han perdido la patria potestad de sus hijas, es decir, no pueden mantener ningún tipo de contacto ni los podrán recuperar en un futuro.
2. **Menores no acompañados.** Nos referimos a personas jóvenes que hicieron un proceso migratorio sin sus padres o adulto de referencia. No hace falta que en el momento de la entrevista sean menores de edad pueden tener hasta veinticinco años. **La condición *sine qua non* es haber realizado el proceso migratorio siendo menor de edad sin familiares o adultos de referencia, «buscarse la vida» una vez en España y ser consumidor actual de drogas, también de opioides.** Pueden haber vivido en centros de acogida o en pisos tutelados y la tutela puede estar vigente (o no) en el momento de la entrevista. Los menores de dieciséis y diecisiete años pueden realizar la entrevista si firman el consentimiento informado. Los de quince o menos años deben disponer de la autorización del tutor legal. Si detectáis algún menor de quince o menos años susceptible de ser entrevistado debéis comunicármelo para gestionar todo el proceso legal asociado.
3. **Personas excarceladas.** En este perfil nos interesan las personas que **han estado en la cárcel, con especial atención aquellas que han estado más de cinco años seguidos, que al salir en libertad han vuelto a los contextos de consumo de opioides.** Su relación con el consumo en la cárcel es poco relevante (abstinente, en tratamiento o consumo activo). Nos interesa que al salir esté de nuevo consumiendo. Obviamente nos resultan de interés las personas que se mantuvieron abstinentes en la cárcel, pero al salir volvieron a consumir. La excarcelación debe ser lo más reciente posible, a lo sumo tres años. En cierta medida poco nos interesa la edad, aunque nos aportará más información un hombre de cincuenta y cinco años queha estado quince años en la cárcel que un chico de veinticinco que ha estado cinco años.
4. **Ravers/travellers. Personas del ambiente raver/traveller y/u okupa/punki consumidoras de opioides.** No nos interesan las personas que algún fin de semana asisten a una rave o a un concierto a una okupa. Nos interesan las personas que su estilo de vida sea la fiesta, el menudeo, que estén desvinculadas de la lógica trabajo-ocio, que no trabajen o lo hagan en actividades muy puntales o directamente informales. No nos importa la edad, pero sí que estén en situación de vulnerabilidad o exclusión social, aunque sea «voluntaria», y que en cierta medida estén «curtidos». Nos ofrecerá más información una raver/okupa de treinta y siete años que una joven okupa de veintiuno.
5. **Envejecidas. Personas nacidas antes de 1968 con más de veinte años de consumo, más o menos**

**ininterrumpido.** Pueden estar o haber estado en tratamiento y pueden tomar metadona. Nos importa el perfil de «consumidor de largo recorrido». En este perfil lo central es la edad y los años que lleva consumiendo. Podemos entrevistar a personas que en este momento no consuman y estén usando metadona, aunque sus últimos consumos de heroína deben ser inferiores a un año.

6. **Migrantes. El requisito *sine qua non* es que sean personas que han realizado un proceso migratorio de adulto y sean consumidoras habituales de opioides.** Nos interesan especialmente las personas que se convirtieron en adictos en su país de origen y emigraron a España para buscar un escenario «más amable» para los adictos, aunque también son válidas las personas que se engancharon aquí. Nos resultan de especial interés las personas de los países de la «ruta del opio» de Afganistán a Europa: Georgia, Turquía, Armenia, Azerbaiyán, Rumania, Moldavia y Bulgaria. Así como italianos y franceses. Otras nacionalidades son menos frecuentes, aunque válidas para este perfil. En este perfil, y tal vez otras personas de otros perfiles, el idioma puede ser una barrera importante, debemos asegurarnos de que dominan el castellano como para entender las preguntas y ofrecer unas respuestas reflexionadas. Si detectamos algunas personas interesantes para el estudio, pero su nivel de castellano es insuficiente podemos valorar de incorporar una persona traductora.