

DERECHOS SOCIALES Y DROGODEPENDENCIAS

Juan Carlos Martín Araújo

*Secretario Técnico de Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Consumo.
Junta de Extremadura*

“...siempre hay una discrepancia entre el propósito de asegurar el fluido funcionamiento de la sociedad y el de promover el desarrollo pleno del individuo...”

(E. Fromm: “El miedo a la libertad”, Paidós , 1987)

Aún recuerdo su nombre y ya hace casi 10 años. No hacía mucho que había comenzado a trabajar con drogodependientes y todavía estaba en una fase que podíamos llamar de ilusión poco operativa. Con cada paciente quería convertirme en su salvador y no dejaba cabo suelto. Trabajaba con la familia, con sus amigos, con el paciente... Discutíamos cada caso en sesiones clínicas interminables donde defendía con vehemencia posturas, que vistas con los años, eran cuando menos ingenuas. Llevaba una década consumiendo heroína por vía inhalada y había sido capaz, por primera vez, de mantener abstinencia al menos 15 días. No cabía de júbilo... el terapeuta. Su evolución, al cabo de unas semanas, seguía siendo favorable, o al menos eso creíamos la máquina de los controles de orina y yo. En una de las revisiones, mantuvimos un dialogo parecido al que transcribo:

- ¿Cómo estás?, te veo estupendo, ya llevas más de dos meses sin consumir —el terapeuta refulgente—.
- Sí, es verdad llevo sin consumir ese tiempo pero... no estoy bien, me encuentro triste, sin ilusión, en mi pueblo no me llaman ni para las garnachas de temporada, no puedo seguir así... —el paciente cabizbajo—.
- Pero si ahora es cuando empiezas a poder hacer planes, sin consumir puedes rehacer tu vida, y planificar tu futuro —el terapeuta complaciente—.

- El futuro..., ese es el problema... el futuro. No lo tengo. Con más de 30 años, habiendo vivido siempre en mi pueblo donde todos me quieren mal, y no se lo reprocho. Sin saber hacer más cosas que recoger aceitunas e ir a sarmientos. ¿Tu crees —y pronunció mi nombre— que yo tengo futuro?

No supe qué decir. Al menos sé que no dije nada coherente o que sirviera para cambiar su parecer. A partir de aquel momento comencé a entender mejor la intervención en drogodependencias, y ser verdaderamente consciente de su dificultad.

En las dos últimas décadas el avance en la intervención en drogodependencias ha sido notable. Si, con fines sintéticos, dividimos el trabajo en drogodependencias en los tres ámbitos clásicos: asistencia, prevención y reincorporación, el progreso no ha sido uniforme.

A nivel asistencial partíamos de la nada, o casi. Desde esos inicios hasta los recursos asistenciales que existen en la actualidad en todas las Comunidades españolas, hay un largo trecho. Encontramos una oferta notable de programas terapéuticos y ya se está trabajando con criterios de intervención basados en hechos. Los programas de reducción de daño, sin olvidar la controversia inicial, están ampliamente implantados y ya nadie los cuestiona. La investigación clínica y farmacológica también ha sufrido un avance significativo. Partimos de una casi inexistente documentación (desde luego en castellano) y nos encontramos con una amplia oferta de trabajos científicos con fácil acceso gracias a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. No debemos olvidar un hecho de gran trascendencia: la incorporación de los recursos de atención al drogodependiente en los sistemas públicos sanitarios, como ha ocurrido en nuestra Comunidad tras el proceso transferencial. Es una forma más de normalizar una situación que vuelve al lugar donde siempre debió permanecer.

La prevención es otro cantar (¡Si Lalonde levantara la cabeza y echara un vistazo a esto de las drogas!). Aun transcurridos casi 20 años trabajando en prevención (dentro o fuera de la educación para la salud, específica o inespecífica, universal, indicada, etc.) y llenándonos la boca con esos ámbitos etéreos de intervención tan repetidos (escolar, familiar, comunitario, laboral), la realidad nos indica que hasta hace poco no existían programas metodológicamente adecuados y evaluables (o si existían, se aplicaban a grupos de población reducidos). Sin embargo, me siento optimista en esta área y confío que los buenos programas que ya existen se extiendan con rapidez a toda la población. En esta línea

están trabajando todas las Comunidades, y desde luego para la nuestra es un objetivo prioritario.

Pero donde me muestro realmente pesimista, sin desdeñar todo el esfuerzo realizado, es en la reincorporación social y laboral. Permitidme que separe esa palabreja *sociolaboral*. Y lo hago con intención. Todos los esfuerzos realizados desde la administración y el movimiento asociativo se han encaminado a una discriminación positiva en el ámbito laboral, y a intentar una normalización y aceptación de los exdrogodependientes. Pero me temo que con más éxito la incorporación laboral que la social. Y se me ocurre una explicación que nos puede ayudar en el futuro de nuestra actuación. Para conseguir que uno de nuestros pacientes encuentre un empleo tras su deshabituación, sin duda, son importantes las medidas de discriminación positivas propiciadas por las entidades que trabajan en drogodependencias; Administración y asociaciones han ido juntas en la creación de pisos tutelados, programas laborales de reincorporación o apoyo a iniciativas europeas, y este esfuerzo, ha dado sus frutos. Pero hay una labor que no sólo es nuestra, sino que atañe a toda la sociedad, y ahí creo que no hemos conseguido los objetivos propuestos. Si una persona ha consumido drogas, ha tenido un trastorno de salud mental, o cualquier otra situación que le ha impedido partir desde la misma línea de salida que el resto, la sociedad en su conjunto debe hacer el esfuerzo de aceptarlos y darles de nuevo una oportunidad. Porque, no lo olvidemos, son una parte de la sociedad con iguales derechos que el resto de las personas que la constituyen. Pero estamos hablando de valores, y cambiarlos no es fácil. En una encuesta realizada entre trabajadores de la construcción en un curso de prevención de riesgos laborales, se les proponía que puntuaran la posibilidad de accidente que aparecía en tres fotografías idénticas, salvo en el protagonista de la historia: un varón joven, uno de mediana edad y una mujer. Creo que habrán adivinado cuál consideraron la situación de más riesgo.

Para concluir quiero transmitirles mi preocupación por la congelación del gasto público y social que propugna nuestro Gobierno. Si lo observamos desde una perspectiva general no hay duda de que genera un deterioro de la cohesión social. Pero si bajamos a nuestra área de intervención comporta tintes dramáticos. No es cierto que políticas expansivas del gasto público nos excluyan de una economía competitiva. Y tampoco lo es que un aumento del déficit público genere obligatoriamente unos intereses más altos y mayor desempleo. Existen países del norte de Europa como Suecia, Noruega, Dinamarca o Finlandia, que han basado su des-

arrollo en unas políticas de mayor gasto público y social, y nadie cuestiona su grado de desarrollo económico y cobertura del Estado de bienestar.¹

Por último insistir en el esfuerzo que debemos realizar en la reincorporación de nuestros pacientes. Deben volver a convivir con su gente y a trabajar como el resto de sus conciudadanos. No estamos hablando de dádivas graciosas, hablamos de derechos avalados por nuestra Constitución.

¹ Les animo a que revisen el estudio realizado por los profesores Huber y Stephens sobre la eficiencia económica de los países de la OCDE durante el período 1960-1990 (*en Comparative Political Studies*).