

Tratamientos Alternativos: Una visión desde la Experiencia

Enfocar el tema de los tratamientos alternativos desde FAUDAS, en tanto que Federación de Asociaciones de Usuarios de Drogas, supone necesariamente adoptar un posicionamiento crítico.

Como punto de partida hay que considerar que la adicción a opiáceos o cocaína viene recogida como patología tanto en el CIE-10 como en el DSM-IV, lo que parece dejar bien claro que el término moralista: “vicio”, tantas veces usado para referirse a la conducta de consumir drogas, y, en gran medida, determinante, durante mucho tiempo del tipo de intervención en drogodependencias y de la consideración social del drogodependiente, ha sido descartado por la ciencia y, por tanto, se establece un marco científico sobre el que enfocar el tratamiento de las dependencias.

Por otro lado la Constitución Española en su artículo 43 reconoce “*el derecho a la protección de la salud*” y añade, que “*compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios*”.

Partiendo de estas dos premisas se hace necesario cuestionar: ¿por qué existen diferencias, en la posibilidad de tratamiento de su adicción, entre ciudadanos de pleno derecho, dependiendo de la comunidad autónoma a la que pertenezcan? ¿por qué no se ha estandarizado o se dificulta el acceso a tratamientos con buprenorfina o a buprenorfina combinada con naloxona? ¿por qué siguen existiendo listas de espera para entrar en programas de mantenimiento con metadona? ¿por qué, en su inicio, el tratamiento con metadona seguía criterios tan limitativos de acceso? ¿por qué las unidades de desintoxicación hospitalaria se limitan, en general a dos camas y a poco más que una intervención farmacológica?

Esto, que es una realidad en nuestro país, parece llevarnos a respuestas basadas en criterios moralistas, economicistas y políticos, más que al diseño de sistemas de intervención centrados en dar respuestas coherentes a una patología. Por eso, aunque duro de afirmar, hay que decir que las personas con una patología adictiva, en cuanto a la atención sanitaria limitada y nada diversificada que recibimos, sentimos se nos trata como ciudadanos de tercera o que por alguna “*extraña razón*” todavía pesan sobre nosotros el estigma de “*viciosos o delincuentes*”.

Quizás, la respuesta a estas preguntas también esté en que las directrices centrales de nuestro Plan Nacional sobre Drogas estén fundamentadas en el prohibicionismo y por ende la prevención del inicio del consumo y el logro de la abstinencia (programas libres de drogas), descuidando los programas de reducción de daños (más allá de los PIJs o los PMM) obviando por ende, ese principio motor que recoge el artículo 43 de promover *las prestaciones y servicios necesarios* para garantizar el mayor grado de salud posible. De esta

manera se justifica las dificultades para implantar programas de mantenimiento con heroína o con buprenorfina (según el modelo francés) o la implantación, generalización de recursos como las salas de venopunción.

Mayor crítica merece la situación de la atención a las adicciones cuando miramos a los centros penitenciarios donde, por poner un ejemplo, el uso de los PMM no se establece hasta el año 1997 y donde otros tratamientos alternativos son, en general impensables (buprenorfina por no hablar de la dificultad para el funcionamiento efectivo de los PIJs).

Por último, y no por ello menos importante, resaltar el deficitario acompañamiento de una intervención psicosocial seria y global, a los tratamientos farmacológicos. Pocas veces encontramos una intervención en el entorno laboral y social efectivo que facilite no solo un posterior mantenimiento de la abstinencia al considerar los programas de desintoxicación y deshabituación sino también procesos de normalización social aun dentro de la continuidad del consumo como sería el caso del Proyecto Enganchate al Trabajo desarrollado por Asaupam (pioneros) y Asut Ourense.