



Máster Universitario de Bioética y Bioderecho

ACCESO A LOS RECURSOS SANITARIOS DE LOS USUARIOS DE LA RED DE DROGODEPENDENCIAS DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE

Trabajo Fin de Máster

Autor: Jesús Manuel Quintero Febles

Tutores: Dr. Emilio José Sanz Álvarez & D^a M. Luz Ibañez Garrote

Septiembre/2021
Contacto: jquinter@ull.edu.es

Resumen:

Las personas que sufren un trastorno adictivo son frecuentemente discriminadas por los profesionales sanitarios y las instituciones. A pesar de que se considera un trastorno de la salud, frecuentemente no son atendidos por el Sistema Nacional de Salud, siendo derivados a una red paralela específica de atención a las drogodependencias. El objetivo del presente trabajo ha sido conocer la perspectiva de la persona con un trastorno adictivo sobre la realidad que supone ser atendido en una red paralela no integrada en el SNS. El ámbito del presente trabajo ha sido la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, integrada dentro de la Red de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Canarias. Se ha realizado un trabajo cualitativo en el cual se ha empleado una entrevista semiestructurada para conocer la perspectiva de los usuarios de la red. Los resultados han sido interpretados desde un punto de vista bioético y legal, analizándose las implicaciones del modelo de atención establecido. Se ha concluido que los usuarios de la Red de Drogodependencias son estigmatizados, viéndose comprometido su derecho a la salud y el principio bioético de la justicia.

Palabras clave: Trastornos Relacionados con Sustancias, Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud, Estigma Social, Bioética.

Abstract:

People suffering from an addictive disorder are frequently discriminated by health professionals and institutions. Despite the fact that it is considered a health disorder, they are frequently not attended by the National Health System, being referred to a specific parallel network of attention to drug addictions. The aim of this study was to find out the perspective of the person with an addictive disorder on the reality of being attended in a parallel network that is not integrated in the NHS. The scope of this study was the detoxification unit of the Hospital Universitario de Canarias, Spain, integrated within the drug dependency network. A qualitative study was carried out in which a semi-structured interview was used to obtain the perspective of the users of the network. The results have been interpreted from a bioethical and legal point of view, analyzing the implications of the care model established. It was concluded that users of the drug dependency network are stigmatized, compromising their right to health and the bioethical principle of justice.

Key Words: Substance-Related Disorders, Equity in Access to Health Services, Social Stigma, Bioethics.

Índice

1. Introducción	5
1.1 Drogodependencias.	5
1.1.1 Conceptos Básicos.....	5
1.1.2 Descripción y epidemiología de las principales drogas.....	7
1.1.3 Aspectos históricos de la atención a las drogodependencias en España.	10
1.1.4 Planes autonómicos de atención a las drogodependencias.	13
1.1.5 Integración de las drogodependencias en el Sistema Nacional de Salud	14
1.1.6 Plan Canario sobre Drogas	16
1.1.7 Red de drogodependencias en la provincia de Santa Cruz de Tenerife.....	17
1.1.8 Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del Hospital Universitario de Canarias	20
1.1.9 Perfil del usuario de la UDH del Hospital Universitario de Canarias.....	21
1.2 Investigación cualitativa.....	22
1.2.1 ¿Qué es la investigación cualitativa?	23
1.2.2 Tipos de trabajos cualitativos.....	23
1.2.3 Técnicas de recogida de datos.	25
1.2.4 Análisis de los datos.	26
1.3 Aspectos bioéticos y legales de la atención a las drogodependencias	29
1.3.1 Revisión Bibliográfica de los trabajos publicados	29
1.3.2 Reflexión y discusión de los aspectos bioéticos.	33
1.3.3 Necesidad de la investigación.	39
2. Objetivos	41
3. Metodología	42
3.1 Diseño del trabajo	42
3.2 Usuarios participantes en el estudio.....	42
3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión	42
3.3 Técnica de recogida de datos.....	43
3.4. Análisis de los datos	44
3.5. Herramienta informática: Software NVIVO 12	45
3.6 Permisos y consideraciones éticas de la investigación.	45
4. Resultados:.....	47
4.1 Características de los participantes.....	47
4.2 Análisis del discurso	50
5. Discusión	67
6. Conclusiones.....	74
7. Bibliografía	75

1. Introducción

1.1 Drogodependencias.

Las drogas y la atención sociosanitaria a las drogodependencias son un fenómeno extraordinariamente complejo. Si bien, la mayoría de los profesionales sanitarios hemos tenido algún tipo de experiencia en su tratamiento, a nivel específico existen muchas particularidades que las diferencian de otras patologías. Como es habitual en cualquier disciplina o rama muy especializada, los profesionales familiarizados en el tratamiento de las personas con problemas adictivos estamos habituados al empleo de algunos términos que pueden resultar confusos para otros profesionales. No es un objetivo del presente trabajo el realizar una exhaustiva revisión de lo que supone el problema de las drogodependencias y el consumo de sustancias en general, pero sí hemos considerado pertinente comenzar el trabajo aclarando algunos conceptos y aspectos relacionados con las sustancias y la asistencia a las drogodependencias en general.

1.1.1 Conceptos básicos.

Drogas: El concepto de droga a nivel científico suele diferir de la consideración que tiene a nivel social, así por ejemplo a nivel técnico nadie cuestiona que el alcohol es una droga, pero a nivel social todavía queda mucho para concienciar a la población de la verdadera naturaleza de esta sustancia. Según la definición de la OMS:

“Droga es toda sustancia terapéutica o no que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración (inhalación, ingestión, fricción, administración parenteral, endovenosa), produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas, de acuerdo con el tipo de sustancia, la frecuencia del consumo y la permanencia en el tiempo”.

Sin querer profundizar en los aspectos técnicos o sociales, generalmente los usuarios se refieren a las drogas haciendo referencia a las sustancias ilegales: heroína, cocaína y cannabis principalmente. La metadona tiene una consideración propia aunque es altamente estigmatizante por la sociedad, los usuarios no suelen referirse a ella como una droga cuando la toman bajo supervisión terapéutica. Otras sustancias como el alcohol y los psicofármacos suelen quedar fuera de esta consideración como droga por la sociedad.

Red de Drogodependencias: Son el conjunto de dispositivos que prestan asistencia a las personas que presentan un trastorno adictivo. Habitualmente se emplea el término de usuario para referirnos a las personas que hacen uso de esta red, evitando el uso de otras expresiones estigmatizantes.

Desintoxicación: Es el proceso por el cual se elimina del organismo una determinada sustancia, minimizando los daños producidos por la posible abstinencia a la misma. Es un proceso mayoritariamente físico, que se puede realizar de forma ambulatoria o mediante ingreso en unidades específicas.

Deshabitación: Es el proceso por el cual el adicto a una sustancia pierde el hábito de consumir. Es un proceso mayormente psicoterapéutico, de mayor duración que la desintoxicación, y que suele realizarse de forma ambulatoria. Excepcionalmente también se realiza en unidades específicas de deshabitación.

Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD): Son los centros de referencia de los usuarios de la red de drogodependencias, la puerta de entrada por la acceden los usuarios. Equivaldrían en el Sistema Nacional de Salud a lo que son los Centros de Atención Primaria. El III Plan Canario sobre Drogas¹ los define: *“Son centros o servicios de tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos, que desarrollan actividades asistenciales de desintoxicación y deshabitación. Se constituyen como dispositivo de referencia del modelo.”* Generalmente los usuarios se refieren a ellos como CAD (anterior denominación) o simplemente como “el centro”.

Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH): Son los centros integrados dentro de un hospital donde bajo supervisión médica se realizan tratamientos de desintoxicación. Los usuarios acceden a este recurso a través de derivaciones desde las Unidades de Atención a las Drogodependencias.

Unidades Residenciales de Atención a las Drogodependencias: Normalmente conocidas como Comunidades Terapéuticas, son centros de larga estancia donde los usuarios realizan un tratamiento de deshabitación después de haber sido desintoxicados. El III Plan Canario sobre Drogas¹ las define *“Son unidades de tratamiento residencial en régimen de internamiento, por un tiempo determinado, que realizan deshabitación, e incorporación social mediante terapia psicológica y ocupacional, promoviendo la participación activa de los usuarios y las usuarias, con objeto de facilitarles su integración.”*

Unidades Semiresidenciales de Atención a las Drogodependencias: Habitualmente conocidos como Centros de Día, son recursos donde también se realiza

la deshabitación, en este caso el usuario permanece en ellos durante todo el día, pero duerme en su domicilio. Según la definición del III Plan Canario sobre Drogas¹ *“Son centros que, en régimen de estancia de día, y por un tiempo determinado, realizan tratamientos de deshabitación e incorporación social, mediante terapia psicológica, formativa y ocupacional, promoviendo la participación activa de los usuarios y las usuarias, con el fin de facilitar su integración.”*

1.1.2 Descripción y epidemiología de las principales drogas.

Al igual que en el apartado previo, no se pretende realizar una detallada explicación de los aspectos bioquímicos, clínicos y psicoterapéuticos de los diferentes tipos de droga. Existe en cada apartado una bibliografía al respecto que puede ser consultada con ese fin. No obstante, facilitaremos algunos aspectos básicos y consideraciones sobre su consumo, especialmente haciendo referencia a las particularidades que pudieran existir en el entorno social y geográfico del trabajo. Nos limitaremos a describir brevemente aquellas drogas o grupos de drogas por las que más frecuentemente solicitan tratamiento los usuarios de la Red de Drogodependencias en la provincia de Santa Cruz de Tenerife². Describiremos con un mayor detalle, aquellas sustancias que son más frecuentemente identificadas como drogas y asociadas a un mayor grado de marginalidad, considerando que su abordaje es más complejo desde el punto de vista legal y ético, que en definitiva es el que más interesa en el presente trabajo.

Heroína: La heroína o diacetilmorfina es un opiáceo creado a partir de la modificación semisintética de la morfina. El Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) ha elaborado detallados informes de la sustancia, recomendamos su consulta para obtener completa información de la sustancia, consumo y tratamiento³. No existe ninguna duda de que la heroína es la droga que ha provocado una mayor alarma social y respuesta institucional en España, particularmente durante los años de la epidemia de la heroína⁴. Las graves consecuencias asociadas a su consumo, la marginalidad, delincuencia para conseguir la dosis, enfermedades infecciosas como el VIH por el uso de la vía endovenosa, hicieron que en la primera memoria⁵ publicada por el PNSD, en 1986, se le diera el título de “droga por excelencia”. La heroína ha seguido una determinada evolución, siendo similar en Canarias que en el resto de España². Después de haber producido una autentica epidemia en los años 80 y 90, disminuyó progresivamente su

consumo, alcanzando sus mínimos valores en los primeros años del presente milenio. A partir de entonces ha experimentado un lento pero alarmante resurgir ².

Cocaína: La Cocaína es un potente psicoestimulante y la segunda sustancia ilegal con mayor consumo en España⁶. Principalmente lo podemos encontrar en dos presentaciones, como cocaína clorhidrato y como cocaína base. La cocaína clorhidrato es la forma más conocida, se puede describir como un polvo de aspecto blanco o gris claro que habitualmente se suele consumir a través de la mucosa nasal. Ocasionalmente se puede consumir a través de la mucosa oral o con tabaco, siendo estas formas de consumo menos frecuentes. En ambientes marginales, la cocaína clorhidrato también se emplea en la inyección endovenosa, ya que es fácilmente soluble en agua. Esta forma de consumo es particularmente dañina, por el alto riesgo de sobredosis, alteraciones cardiovasculares, transmisión de enfermedades o desarrollo de sintomatología psicótica. La cocaína base, también conocida como “crack” es una forma de consumo habitual de los ambientes marginales. Generalmente se obtiene mediante un procedimiento de mezcla y cocción de la cocaína clorhidrato con una base (habitualmente amoníaco), el resultado se suele presentar en forma de pequeños “boliches” o tabletas “posturas”, de color blanco-gris claro, que se inhalan mediante pequeños artilugios artesanales “cachimbas”. Según las memorias anuales del PNSD, esta forma de consumo se encuentra muy extendida en la Comunidad Autónoma de Canarias, con mayor representación que en el resto del territorio nacional.

Metadona: La metadona como droga y como sustancia terapéutica merece un análisis diferente y detallado, por las implicaciones terapéuticas, sociales y éticas que conlleva su uso. Lo cierto es que es una sustancia que muchos países llevan empleando desde hace muchos años para tratar la adicción a la heroína desde que se demostró su eficacia en Estados Unidos ⁷⁻⁹. Los comienzos de los tratamientos con metadona en nuestro país fueron algo erráticos, inicialmente se dispensaron en las farmacias siendo generalmente prescrita por un médico privado mediante la solicitud por parte del paciente de un carnet de extradosis que regulaban los colegios de médicos, y que habían sido pensados inicialmente para pacientes terminales^{10,11}. A partir de 1983 se intentó controlar el uso de la metadona, pero los criterios establecidos para su uso fueron tan estrictos que en la práctica muy pocos usuarios se pudieron beneficiar de los tratamientos¹². Nuevas modificaciones del marco legal a partir de 1990, con la entrada en vigor del *Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos*¹³, permitió que a comienzos de los años 90 se implantaran en todo el territorio nacional los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM). Los PMM son un ejemplo del éxito de las políticas de reducción

de daños, probablemente el más representativo. Supone el reconocer la incapacidad del individuo para superar su adicción a una sustancia (en este caso la heroína), y se sustituye esa sustancia por otra que le causa un menor daño. Los PMM permitieron que un gran número de heroinómanos abandonaran la espiral de delincuencia y marginalidad en la que estaban inmersos, pudiendo tener más opciones de rehabilitación y reinserción en la sociedad. Como efecto negativo debemos considerar que, a pesar de las facilidades para beneficiarse de un PMM, también existe un mercado negro de esta sustancia, pudiendo ser adquirida ilegalmente principalmente a los propios usuarios incluidos en un PMM.

A la hora de estimar el número de usuarios que permanecen en PMM en la Comunidad Autónoma de Canarias podemos consultar las memorias publicadas anualmente por el PNSD ¹⁴, aunque lamentablemente existen algunas diferencias en la manera de publicar los datos que no nos permiten establecer con certeza la evolución. Aparentemente se produce un rápido crecimiento en el número de usuarios a partir de los años 90, alcanzado el pico en el año 2002 cuando fueron atendidos 7311 usuarios. A partir de los años 2001-2002 ha comenzado un lento declive en el número de usuarios. Respecto a los usuarios que realizan un tratamiento para desintoxicación de metadona en la UDH del HUC vemos una evolución similar, con el pico de usuarios en el año 2005. Ambos resultados aparentan ser coherentes, produciéndose el pico de las desintoxicaciones con un retraso de dos años respecto al momento máximo de usuarios activos ².

Alcohol: El alcohol es con diferencia la sustancia psicoactiva con el consumo más extendido en la población, su consumo se ha mantenido persistentemente elevado, sin grandes cambios ni picos en los últimos 20 años, Para una mayor descripción del metabolismo, farmacocinética y patología asociada al consumo de alcohol, se puede consultar la monografía publicada por la Comisión Clínica del PNSD¹⁵. Aspectos epidemiológicos y clínicos aparte, el alcohol es una sustancia con un elevado grado de aceptación social que suele escapar a la consideración de droga. No obstante, desde hace bastantes años es la sustancia por la que mayor número de personas solicitan un tratamiento en la Red de Drogodependencias¹⁶ en general y en la UDH del HUC en particular ².

Cannabis: El cannabis es actualmente, y según los resultados de EDADES,¹⁷ en Canarias, al igual que en España, la tercera sustancia con mayor consumo y primera sustancia ilegal es el cannabis. A pesar de ser una sustancia ilegal, tiene algunas indicaciones terapéuticas y usos legales que refuerzan la imagen que tiene de droga

inofensiva. No obstante, entre los usuarios de la Red de Drogodependencias el cannabis presenta una evolución preocupante, con un alarmante aumento de su consumo, especialmente entre los más jóvenes ^{2,16}.

Psicofármacos: Los psicofármacos son un tipo de medicamentos generalmente empleados en el tratamiento de determinados trastornos y enfermedades mentales. Su empleo suele estar sujeto a control médico, no obstante, puede producirse también un uso inadecuado fuera de sus fines terapéuticos sin la preceptiva prescripción médica. El consumo de psicofármacos muestra una línea claramente ascendente, presentando además la particularidad de ser especialmente prevalente entre las mujeres^{2,6,16}.

1.1.3 Aspectos históricos de la atención a las drogodependencias en España.

La revisión histórica de la atención a las drogodependencias en España, si la realizáramos de forma detallada, superaría con mucho la extensión recomendada de este apartado, no obstante, intentaremos hacer un breve resumen de los cambios que ha habido en la atención a las drogodependencias en nuestro país en las últimas décadas. El modelo de atención a las drogodependencias no se puede comprender en su totalidad sin conocer la realidad política y social de cada momento, especialmente teniendo en consideración los importantes acontecimientos sociales, políticos y económicos que tuvieron lugar en la España del siglo pasado. Por ese motivo, y con el fin de situarnos en el contexto político y social, usaremos como referencia (aunque sin seguirlo fielmente) la distribución en diferentes periodos propuesta por Comas¹⁸, ya empleada por el autor de este trabajo en anteriores investigaciones ². Hasta el inicio de la guerra civil española, en 1936, España presentaba un patrón de consumo de sustancias similar al del resto de Europa. No obstante, los índices de consumo de drogas legales e ilegales eran sensiblemente inferiores, probablemente por factores como la influencia de la iglesia católica o el escaso desarrollo industrial de nuestro país, con una economía tradicional agraria¹⁸. Después de la Guerra Civil, durante los primeros años de la dictadura, España se vio sometida a un bloqueo internacional, con el aislamiento de nuestra sociedad. Paradójicamente, una de las consecuencias de este aislamiento fue la disminución del consumo, lo que hacía que las drogas fueran algo desconocido para la mayoría de los españoles¹⁸.

Periodo Tradicional.

A partir de los años 50, España experimenta un periodo de recuperación económica, generándose una nueva sociedad de consumo y aparecen nuevas sustancias y adicciones. Esta época es conocida como el periodo tradicional, que se caracteriza por un incremento del consumo de alcohol y tabaco¹⁹. Ante al aumento de los casos de alcoholismo y de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, el Estado Español responde con la formulación de la Ley 14/4 de 1955 de Creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), con el que se intenta unificar la asistencia y corregir la desorganización asistencial existente en España en ese momento²⁰. En enero de 1961 se pone en marcha el primer Dispensario Antialcohólico de Madrid por el PANAP, con el que se comenzaba a crear una red asistencial específicamente dedicada a la asistencia y prevención de las drogodependencias (pensada principalmente para el alcoholismo) desarrollada por la administración sanitaria pública²¹. Durante este periodo tradicional el consumo de las sustancias ilegales es prácticamente anecdótico. El fin del periodo tradicional se caracteriza por coincidir con los últimos años de la dictadura, produciéndose importantes cambios sociales, la mujer se incorpora al consumo de sustancias, aparece el movimiento psicodélico con el consumo de LSD y se expande el uso del hachís. No obstante, todos estos importantes acontecimientos quedan eclipsados ante el surgimiento de la droga que iba a causar la mayor catástrofe para una generación: la heroína.

Epidemia de la heroína.

La heroína se detecta por primera vez en España en el año 1973²², aunque tarda unos años en propagarse afectando a todos los estratos sociales de la España de los primeros años de la democracia. Los jóvenes españoles adictos a la sustancia se veían abocados a una espiral de marginalidad y delincuencia para poder obtener el dinero suficiente para conseguir adquirir la sustancia. La proliferación de robos, asaltos y atracos provocó una gran alarma social⁴. El uso masivo de la vía endovenosa iba a traer otras consecuencias como la transmisión de enfermedades en aquel momento prácticamente desconocidas como la hepatitis. El desconocimiento de los factores de transmisión iba a favorecer el desarrollo de otra epidemia: el VIH. La heroína era la droga por excelencia, y su consumo se asociaba a delincuencia y SIDA. Los mayores índices de consumo de heroína debieron alcanzarse a finales de los años ochenta ^{4,23}, aunque las peores consecuencias se verían unos años después. A principios de los

años 90, el SIDA (íntimamente relacionado con el uso endovenoso de la heroína) llegó a ser la primera causa de muerte entre los jóvenes españoles ^{24,25}.

Respuesta Institucional.

A raíz de la situación de tremenda alarma social provocada por la epidemia de la heroína se produce la respuesta institucional con la aprobación del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), es el 20 de septiembre de 1985 cuando se publica el Real Decreto 1677/1985, de 11 de septiembre, de Coordinación Interministerial para la ejecución del Plan Nacional sobre Drogas²⁶. Con la aprobación del PNSD entramos en un nuevo periodo caracterizado por una creciente inversión pública en la atención a las drogodependencias y el desarrollo de una red específica de atención. Atendiendo a la particular organización en autonomías de nuestro país, rápidamente se desarrollarían planes autonómicos y redes propias de atención a las drogodependencias, con características que los diferenciaban, pero coordinados todos ellos por el PNSD. En la memoria de 1992 del PNSD, seis años después, ya se contaba con 327 centros ambulatorios de atención a las drogodependencias, 69 comunidades terapéuticas, 47 unidades de desintoxicación y 82 centros dispensadores de metadona²⁷. Actualmente se encuentra vigente la Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2024 (tercera estrategia después de la creación del PNSD). La Estrategia supone un documento de consenso entre todas las administraciones públicas y privadas que forman parte del PNSD y suponen la respuesta que se da en nuestro país ante el problema de las drogodependencias⁶. La última memoria publicada por el PNSD es la correspondiente al año 2018, en ella se detalla la asistencia prestada por los recursos disponibles en dicho año ²⁸:

- Un total de 188054 usuarios han sido atendidos en 494 centros ambulatorios.
- 4266 usuarios han realizado un tratamiento en las 44 unidades de desintoxicación hospitalaria.
- 8118 usuarios han sido atendidos en 127 comunidades terapéuticas.
- 456 usuarios han sido atendidos en 31 unidades de patología dual.
- 8454 usuarios han sido atendidos 101 centros de día.
- 51756 usuarios atendidos en 1069 centros con programas de metadona (centros ambulatorios de atención a las drogodependencias y centros de atención primaria).
- 6691 usuarios tratados con buprenorfina/naloxona en 384 centros.

Según la última memoria anual publicada por el PNSD, en 2018 la cantidad total invertida en política de adicciones por la administración total del estado y los planes autonómicos sobre drogas ha sido de 322.487.941,64 euros²⁸.

1.1.4 Planes autonómicos de atención a las drogodependencias.

Como hemos visto en apartados anteriores, en España, el modelo de atención a las drogodependencias es resultado de las decisiones que se tomaron en los años 80, ante la situación de la epidemia de la heroína y el desborde institucional ante una situación para la que no estábamos preparados. Inmediatamente después de la entrada en funcionamiento del PNSD, las Comunidades Autónomas desarrollaron sus medidas y planes específicos de atención a las drogodependencias, siendo pioneras Andalucía, Asturias y Madrid (1985); Galicia y La Rioja (1986) y Cantabria y Castilla-La Mancha (1987)²⁹. Podríamos hablar de cierta contradicción entre el objetivo de una homogenización de la atención y la formulación de unos planes autonómicos que establecerían diferencias territoriales. Asimismo, la creación de unas estructuras específicas y diferentes para abordar un problema de salud parece chocar contra los principios de igualdad que defendía la flamante Ley General de Sanidad de 1986^{30,31}. Con la ventaja que nos da la perspectiva histórica del tiempo transcurrido, podemos intentar esclarecer cuales pudieron ser los motivos que pudieron influir a la hora a tomar estas decisiones³⁰:

- La aparición en un corto periodo de tiempo de un problema nuevo y complejo, con implicaciones no solo sanitarias sino también sociales y legales. Con el consecuente desconocimiento de las estrategias sociosanitarias que deberían ser empleadas.
- Unos sistemas de salud todavía débiles, especialmente en lo relacionado con la Atención Primaria y la Salud Mental, pendiente de desarrollarse.
- Una enorme presión social y mediática que pedía que se adoptaran decisiones urgentemente.
- El rechazo de algunos profesionales por atender a una población que se consideraba problemática y se asociaba a delincuencia, marginación y otras enfermedades.

Son múltiples los trabajos que han estudiado las características de la evolución de los planes autonómicos de drogodependencias, encontrando sus carencias, en forma

de desigualdad de recursos, información difícil de comparar entre comunidades, o falta de equiparación de derechos con otras disciplinas médicas^{2,29,32,33}. La situación actual ha evolucionado desde los años 80, el perfil del usuario ha variado, la heroína ha dejado de ser la sustancia principal de abuso, y los programas sustitutos con opiáceos han disminuido en gran medida la marginalidad y delincuencia asociada a su consumo. Se han incorporado nuevas sustancias y nuevos perfiles de consumidores, integrados en la sociedad y activos laboralmente, lejos de la imagen previa del heroinómano de los años 80. Las adicciones, aunque siguen siendo estigmatizadas, son consideradas un problema de salud, las principales complicaciones son patologías mentales e infecciosas, y existen menos reticencias de los profesionales sanitarios a asumir su tratamiento. Por otra parte, los servicios sanitarios se han desarrollado y fortalecido, especialmente la Salud Mental y Atención Primaria, tenemos un mejor conocimiento del fenómeno de las drogodependencias y podemos desarrollar estrategias sociosanitarias eficaces dentro del SNS. Como consecuencia de estos cambios, no cabe duda de que se han conseguido grandes avances, aunque con gran desigualdad según la Comunidad Autónoma en la que nos encontremos. La propia Estrategia Nacional sobre Drogas 2017-2024, actualmente vigente, reconoce que la transferencia a las comunidades de la atención integral a las personas con adicciones ha dado lugar a desequilibrios en la equidad y accesibilidad al tratamiento, con diferentes tipos de funcionamiento, dependencia y gestión ⁶.

1.1.5 Integración de las drogodependencias en el Sistema Nacional de Salud

Es probable que la principal causa de desigualdades territoriales entre la asistencia a las drogodependencias venga determinada por la integración o no en la red sanitaria pública³⁴. El punto de vista más aceptado hoy en día es que las adicciones suponen un trastorno mental, de hecho, según algunos profesionales y asociaciones consideran que es muy infrecuente encontrar un trastorno adictivo que no se encuentre al mismo tiempo asociado a otro trastorno mental ³⁴. Al ser consideradas las adicciones como una enfermedad mental, lo deseable y esperado es que fuera la red específica de salud mental la que asumiera la atención de las drogodependencias, produciéndose una integración de ambas redes. En el momento actual las únicas comunidades donde existe una integración funcional de ambas redes asistenciales son Asturias, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla y León, La Rioja, Murcia, Navarra y País Vasco³⁴.

Dentro de los diversos documentos en forma de memorias o estrategias publicadas regularmente por el PNSD, son múltiples las referencias a la necesidad de coordinación, integración o normalización de la atención a los drogodependientes con la red sanitaria pública del SNS. Así, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008³⁵ reconocía que la asistencia a los enfermos drogodependientes debería realizarse a través del Sistema Nacional de Salud”, y lo señalaba entre sus objetivos:

“Adecuar la red asistencial existente en las Comunidades Autónomas con el fin de adecuarla a las nuevas necesidades que plantee o pueda plantear el fenómeno. Esta adecuación debe mantener el impulso de integración y normalización de las redes asistenciales en los Sistemas Públicos de Salud...”

A pesar de estar incluido entre los objetivos estratégicos, la situación no tendría cambios sustanciales, por lo que en la siguiente Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, vuelve a ser un objetivo para el área de asistencia e integración social, explicitando que:

“Las características de la atención sanitaria al drogodependiente deben contemplar, como principios básicos... la atención normalizada desde los diferentes recursos sanitarios de la red asistencial pública...”

Actualmente se encuentra vigente la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Entre los objetivos estratégicos dentro del área de atención integral y multidisciplinar, plantea como primer objetivo del área:

“Garantizar una atención integral de calidad mediante: La coordinación de la red de tratamiento a las adicciones con el resto del sistema socio-sanitario.”

La estrategia vigente, a lo largo de los siguientes objetivos estratégicos hace referencia en múltiples ocasiones a la necesidad de aumentar la coordinación, especialmente con los servicios de Salud Mental y Atención Primaria. Es llamativo que, a diferencia de las anteriores estrategias, se habla de coordinación entre redes, no de la normalización o integración de las adicciones dentro del Sistema Nacional de Salud. Parece que, a nivel técnico, científico y profesional, se asume que lo más coherente y adecuado es que la atención a las drogodependencias se realice a través de la red sanitaria pública, de forma integrada con la salud mental^{30,34}. No obstante, a nivel institucional, aunque se reconozca la necesidad, a efectos prácticos queda todavía un largo camino por recorrer.

1.1.6 Plan Canario sobre Drogas

Precisamente debido a los diferentes modelos de atención a las drogodependencias que existen en nuestro país, debemos dirigirnos a nuestra normativa autonómica para ver el modelo implantado en Canarias. Uno de los principales problemas que afectan a Canarias en las políticas y acciones en materia de drogodependencias es la necesidad de tener que adaptarse a un territorio fragmentado, evidenciándose desigualdades en los diferentes territorios. Sirva como ejemplo la formulación del apartado 3.3 del III Plan Canario sobre Drogas,¹

“En la isla de Gran Canaria, el 60% de los programas asistenciales especializados no hospitalarios están conveniados con Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) o Fundaciones, y el 40% con los Ayuntamientos de la Isla. El 60% de la oferta asistencial en esta isla se ubica en la capital.

En Tenerife, la atención está conveniada con Organizaciones no Gubernamentales y Fundaciones. La ubicación de los servicios se concentra en la zona metropolitana y en la zona norte.

En las islas de Fuerteventura, de Lanzarote y de La Palma el tratamiento de las drogodependencias es conveniado íntegramente con los Cabildos Insulares.

En la isla de La Gomera, la oferta está gestionada por el Servicio Canario de Salud, a través de la Unidad de Salud Mental, en colaboración con la Dirección General de Atención a las Drogodependencias.

El Hierro no cuenta actualmente con atención específica en drogodependencias, realizándose esta a través del Cabildo Insular y el Servicio Canario de la Salud.

Aunque actualmente se encuentra vigente el IV Plan Canario sobre Adicciones¹⁶, la situación no ha cambiado. En la provincia de Santa Cruz de Tenerife la atención esta conveniada a través de ONG y Fundaciones, en la isla de La Palma depende del Cabildo, en la isla de La Gomera a través de la Unidad de Salud Mental y en la isla de El Hierro no existe atención específica.

El III Plan Canario sobre Adicciones planteaba entre sus objetivos del Área de Tratamiento e Integración Social: *“Definir el modelo de relación de la atención a las drogodependencias con el Servicio Canario de la Salud y articular los mecanismos necesarios para optimizar dicha integración”.*

Sin embargo, y sin que se hayan apreciado cambios fundamentales en el modelo, el IV Plan Canario sobre Adicciones 2020-2024 continúa recogiendo como su objetivo específico numero 1:

“Normalizar la atención a las personas con problemas de adicciones en el Sistema Sanitario Público.”

Posteriormente recoge en sus áreas de actuación la necesidad de:

“Definir la interrelación entre el Servicio Canario de la Salud y la Red de Atención a las Adicciones con el fin de coordinar estos dos sistemas para garantizar la continuidad de la atención.

Todo parece indicar que la situación en Canarias es acorde con la postura a nivel nacional del PNSD, se reconoce a nivel institucional, al menos documentalmente, la necesidad de normalizar la situación y realizar cambios estructurales en el sistema. No obstante, la situación se antoja altamente complicada, de difícil solución, y sin que se vean avances reales, al menos que afecten directamente a los usuarios.

1.1.7 Red de drogodependencias en la provincia de Santa Cruz de Tenerife

Hemos visto como el modelo de atención de las drogodependencias del Gobierno de Canarias se encuentra sustentado en la labor de ONG y fundaciones privadas. Los recursos específicos de atención a las drogodependencias dentro de la comunidad son²:

- Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD), dispositivo de referencia del modelo.
- Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.
- Unidades Residenciales de Atención a las Drogodependencias o Comunidades Terapéuticas.
- Unidades Semiresidenciales de Atención a las Drogodependencias o Centros de Día.
- Unidades Ambulatorias de Farmacia: Son servicios integrados dentro de las UAD que se encargan principalmente de la preparación y dispensación de metadona, así como la determinación de drogas en orina.

Los cinco tipos de recursos o dispositivos, conforman un circuito terapéutico que interactúa constantemente mediante el empleo de un sistema de comunicación específico (Programa Cedro), diferenciado del empleado por el Servicio Canario de Salud ². En la provincia de Santa Cruz de Tenerife todos los recursos y dispositivos están gestionados a través de ONG y fundaciones, con la excepción de la única Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) existente en la provincia, la UDH del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, gestionada por el Servicio Canario de Salud,

aunque integrada dentro de la Red de Drogodependencias². Las ONG operantes en la provincia son:

- Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel
- Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias
- Asociación Proyecto Hombre
- Asociación Palmera para Prevención y Tratamiento de Toxicomanías
- Proyecto Drago

Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel

La Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel (ACJ San Miguel) es una organización no gubernamental (ONG) sin ánimo de lucro, de carácter privado y subvencionada por el Gobierno de Canarias a través de la Dirección General de Salud Pública.³⁶ Fundada en 1976 ³⁷, es pionera de la atención a las drogodependencias en Canarias, en 1981 abre en Santa Cruz de Tenerife el que será el primer Centro Ambulatorio de Atención a las Drogodependencias (hoy en día conocido como la UAD de Santa Cruz). En el momento actual, la ACJ San Miguel es la organización que presta sus servicios a un mayor número de usuarios en la provincia, su área de trabajo incluye toda la zona metropolitana de las ciudades de Santa Cruz de Tenerife y San Cristóbal de La Laguna, cuenta con cuatro UAD, tres servicios de farmacia y un Centro Semiresidencial (centro de día Cercado del Marqués), siendo además responsable de la atención a las drogodependencias en el centro penitenciario Tenerife II. Es, con diferencia, la ONG que mayor número de usuarios deriva a la UDH del CHUC ².

Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias

La Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD), se define en su página web como una asociación civil sin ánimo de lucro dedicada a la prevención de las drogodependencias y el tratamiento e inserción social de pacientes con problemas de adicciones con y sin sustancias.³⁸ Tal y como su nombre indica, ANTAD asume la atención a las drogodependencias en la zona norte de Tenerife y parte del sur de la isla, mediante la UAD de Granadilla. En la actualidad es la segunda ONG que presta sus servicios a un mayor número de usuarios en la provincia, contando con cinco UAD, dos servicios de farmacia y una Unidad Residencial (Comunidad Terapéutica de las Crucitas, en Granadilla)

Asociación Proyecto Hombre

La Asociación Proyecto Hombre es una ONG con un ámbito de acción internacional³⁹⁻⁴¹. En España se encuentra presente desde 1984, los centros repartidos por diferentes Comunidades Autónomas comparten una filosofía y metodología de trabajo, aunque conservan una autonomía propia.⁴¹ Proyecto Hombre Canarias⁴² se define como una *“fundación privada sin ánimo de lucro, aconfesional y apartidista; dedicada desde 1990 a desarrollar Programas de Prevención y Atención a las adicciones y exclusión social en Canarias.”*

En la provincia de Santa Cruz de Tenerife, Proyecto Hombre cuenta con diversos recursos de atención a las drogodependencias,⁴³ contando con una Unidad Ambulatoria, un Centro Residencial y un centro Semiresidencial.

Asociación Palmera para Prevención y Tratamiento de Toxicomanías

La Asociación Palmera para Prevención y Tratamiento de Toxicomanías,⁴⁴ es un entidad sin ánimo de lucro que viene desarrollando labores de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en la isla de La Palma desde el año 1982. La asociación es gestionada por el Cabildo Insular de La Palma, y subvencionada por la Consejería de Sanidad, a través de la Dirección General de Salud Pública. La Asociación Palmera realiza sus funciones a través de tres Unidades Ambulatorias de Atención a las Drogodependencias (UAD), incluyendo un servicio de farmacia.

Proyecto Drago

Cáritas Diocesana de Tenerife, a través del programa Proyecto Drago,⁴⁵ gestiona la única Unidad Ambulatoria de Drogodependencias especializada en alcoholismo de la provincia. La UAD de Proyecto Drago se encuentra en la ciudad de Santa Cruz de Tenerife. Aunque en la provincia de Santa Cruz de Tenerife cuentan con tan solo una UAD, en la provincia de Las Palmas de Gran Canaria cuentan con la Comunidad Terapéutica Casa Esperanza (ubicada en el valle de Agaete), único centro residencial especializado en alcoholismo de Canarias⁴⁶.

1.1.8 Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del Hospital Universitario de Canarias

Teniendo en cuenta que el presente trabajo se ha realizado en el marco de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), consideramos pertinente la descripción del recurso para situarnos en el contexto de los usuarios participantes. La UDH del CHUC fue creada en 1987 a raíz de un convenio entre la Dirección General de Salud Pública y el Cabildo Insular de Tenerife que en aquella época gestionaba el entonces Hospital General y Clínico de Tenerife (hoy CHUC). El número inicial de camas fueron 6, siendo actualmente 8 camas, estando a cargo del servicio de Psiquiatría.

El objetivo principal de los tratamientos en la UDH, según los protocolos establecidos²:

“Realizar la desintoxicación completa, parcial o selectiva de sustancias adictivas, en aquellos pacientes cuyas características no permiten una desintoxicación ambulatoria, efectuar intervenciones terapéuticas que requieren un entorno de vigilancia médica y preparar al paciente para garantizar la continuidad del proceso en el retorno del paciente a la red ambulatoria.”

Una vez finalizado el tratamiento de desintoxicación, los usuarios son nuevamente remitidos al centro de referencia para que realicen el proceso de deshabituación de forma ambulatoria. En ocasiones, mediante solicitud previa, algunos usuarios son remitidos a Unidades Residenciales de Atención a las Drogodependencias (Comunidades Terapéuticas) o Unidades Semiresidenciales de Atención a las Drogodependencias (Centros de día). Resulta fundamental entender que la totalidad de los usuarios que realizan un tratamiento en la UDH lo hacen de forma voluntaria. El acceso a la UDH se realiza a través de una solicitud que se realiza desde una UAD u otro dispositivo de la Red de Drogodependencias. No se encuentra habilitado el acceso desde Centros Hospitalarios, Centros de Urgencias, centros de Atención Primaria o cualquier otro dispositivo del SNS.

1.1.9 Perfil del usuario de la UDH del Hospital Universitario de Canarias

El autor del presente trabajo ha realizado con anterioridad un estudio detallado de la evolución de los usuarios de la UDH, en el presente apartado se exponen algunas de sus conclusiones ².

El número de usuarios anuales en la UDH ha fluctuado según las variaciones en la estancia media y el número de camas, en los últimos años suponen aproximadamente 300 tratamientos de desintoxicación al año. En el periodo comprendido entre su inauguración en 1987 y el 31 de diciembre de 2016 habían realizado un tratamiento en la UDH un total de 8525 usuarios de la Provincia de Santa Cruz de Tenerife.

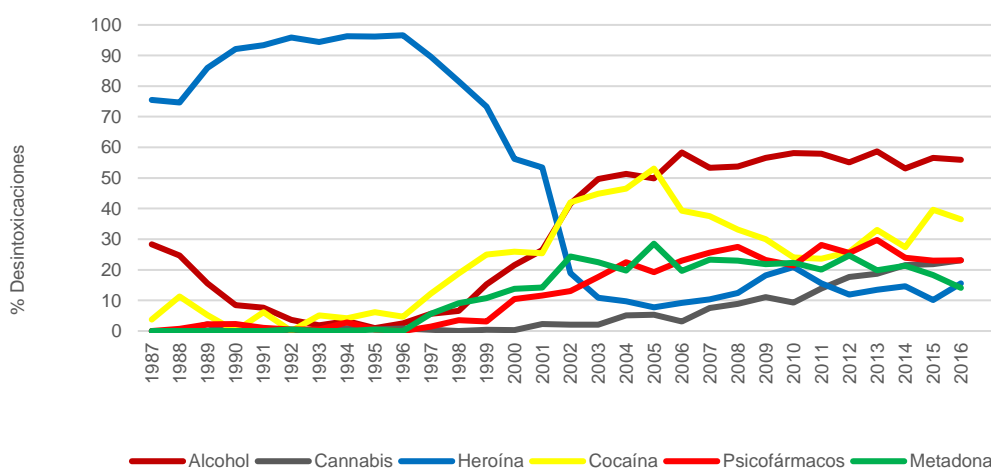
La edad media de los usuarios es de aproximadamente 40 años, aunque este es un valor que ha variado con los años y que no acaba de reflejar fielmente las distribuciones por tramo de edad. La mitad de los usuarios se encuentran entre los 26 y los 35 años de edad. La proporción de mujeres encontrada entre los usuarios de la UDH es muy inferior a la esperable por los datos de consumo poblacional. Hipotéticamente, factores relacionados con los recursos de la red de drogodependencias suponen barreras para el acceso de las mujeres al tratamiento, las mujeres suponen aproximadamente el 20% de los usuarios de la UDH.

Coincidiendo con el carácter crónico de la enfermedad, aproximadamente la mitad de los usuarios realizan más de un tratamiento en la UDH. Un porcentaje del 5% de usuarios los podemos considerar ingresadores múltiples con más de 5 ingresos. Desde el año 2002, el alcohol desplazó a la heroína como la sustancia que motivaba mayor número de ingresos, aunque en los últimos años se ha vuelto a objetivar un incremento en el número de usuarios que realizaban un tratamiento de desintoxicación de heroína.

La mayoría de los usuarios, aproximadamente el 90%, completan satisfactoriamente el tratamiento en la UDH, aunque esta proporción ha mejorado respecto a los primeros años cuando el porcentaje de abandonos superaba el 30%. Se consideró fracaso del tratamiento aquellos que no lo finalizaban con un alta terapéutica, siendo la alternativa más frecuente el alta voluntaria por abandono del tratamiento. Son múltiples los factores que estadísticamente aumentaban las probabilidades de no finalizar el tratamiento, como pueden ser el sexo varón, juventud, no haber acudido a alguna cita previa de entrevista o tener antecedentes de fracaso en tratamientos previos. Las sustancias por las que están realizando el tratamiento influyen también en la probabilidad de finalizar el tratamiento con éxito, los usuarios que se desintoxican de

heroína o de cocaína base son los que presentan una mayor probabilidad de fracasar en el tratamiento.

En la Gráfica 1 se puede observar la evolución que han presentado las diferentes sustancias por las que se solicitaba un tratamiento de desintoxicación en la UDH del HUC. Se puede observar claramente los años de la epidemia de la heroína y como posteriormente se ha producido la diversificación de los usuarios, con la llegada de la metadona, el aumento de los casos de alcoholismo y el incremento de los casos por cannabis y psicofármacos.



Gráfica 1: Evolución de las desintoxicaciones en la UDH del HUC, periodo 1987-2016.

1.2 Investigación cualitativa

El propósito del presente apartado no es hacer un manual de lo que supone realizar una investigación cualitativa, algo que superaría los objetivos del trabajo y probablemente la capacidad del propio autor. Se ha considerado pertinente que, dada la mayor tendencia de la investigación cuantitativa en las ciencias de la salud, puede resultar necesario la clarificación de algunos conceptos para la mejor comprensión del trabajo realizado.

1.2.1 ¿Qué es la investigación cualitativa?

No resulta fácil encontrar una explicación o definición de lo que es la investigación cualitativa que sea aceptada universalmente. Sin querer entrar a detallar las múltiples definiciones ofrecidas por autores clásicos, podemos explicar la investigación cualitativa como aquella que intenta comprender a las personas descubriendo los significados de sus experiencias. Otra explicación puede ser que investigación cualitativa es la investigación que se dirige a analizar y comprender las situaciones, fenómenos y contextos desde el punto de vista descriptivo o interpretativo⁴⁷. Ocasionalmente también se describe la investigación cualitativa como la antítesis de la investigación cuantitativa, “metodología no cuantitativa” planteamiento incorrecto ya que no es una relación de opuestos. Más correcto es plantear la relación como modos diferentes pero complementarios de investigación. Lo cierto es que, en muchos campos, especialmente en el de las ciencias de la salud, los investigadores estamos más familiarizados con la investigación cuantitativa, mientras que la investigación cualitativa se ha visto relegada a un segundo plano por los trabajos cuantitativos ^{48,49}. En la investigación cualitativa se intenta comprender el punto de vista del informante, se busca conocer el ¿Cómo? y el ¿Por qué? mientras que en la investigación cuantitativa se busca más el ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Con que frecuencia?

No obstante, en los últimos años, el interés de los investigadores en salud por los métodos cualitativos ha ido en aumento⁴⁷. Es evidente que no todo puede ser contestado mediante análisis cuantitativos, ni mediante análisis cualitativos, ambos son necesarios y complementarios. Seguramente, el interés en la investigación cualitativa en el campo de las ciencias de la salud se produce a partir de investigaciones sociales que dejaron de manifiesto la necesidad de abordar determinados problemas de salud desde una perspectiva diferente ⁴⁸.

1.2.2 Tipos de trabajos cualitativos

Una característica de la investigación cualitativa es que ha sido llevada a cabo por una gran variedad de disciplinas (sociólogos, psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales...etc). Esta característica multidisciplinar ha supuesto un enriquecimiento en la producción científica, aunque probablemente ha contribuido a una gran variabilidad en los enfoques y métodos empleados para realizar el análisis ^{48,50}. Esta variabilidad implica que no se puede hablar del análisis cualitativo, sino más bien

de los análisis cualitativos, aunque no exista una taxonomía universalmente aceptada⁴⁸. Lógicamente, ha habido intentos de clasificación, con mayor o menor aceptación, casi todos ellos en el campo de la sociología⁴⁸, pero no nos entretendremos en la labor de hacer un detallado recorrido por los diferentes modelos y clasificaciones de trabajos cualitativos propuestas por diferentes autores. En lugar de eso, nombraremos los principales enfoques empleados en ciencias de la salud, que no son otros que los enfoques fenomenológicos, etnográficos y la teoría fundamentada^{48,49,51,52}. No obstante, es importante entender que en ocasiones no existe una clara distinción y frontera entre los modelos, un mismo estudio puede tener elementos de diferentes diseños⁵⁰.

Fenomenología:

Los trabajos que siguen un enfoque fenomenológico se centran en las experiencias individuales de las personas ante un determinado fenómeno. Se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada individuo. Responden a la pregunta ¿Cuál es el significado, estructura y esencia de una experiencia vivida por una persona, grupo o comunidad respecto de un fenómeno?⁵⁰ Puede ser apropiado para cuestiones sobre significado⁵¹, ¿Cuál es el significado de...? ¿Cuál es la experiencia de...? Aplicado a la población del presente trabajo, un ejemplo más concreto sería ¿Qué significa ser una persona adicta?

Etnografía

Los trabajos etnográficos buscan describir y analizar ideas, creencias, significados, conocimientos y prácticas de grupos, culturas y comunidades⁵⁰. El propósito de la investigación es describir lo que las personas de un contexto determinado hacen y el significado que le dan a ese comportamiento⁵³. Puede ser el enfoque apropiado para cuestiones observacionales y descriptivas sobre valores, creencias y prácticas de un grupo cultural⁵¹. Aplicado a nuestra población de estudio un ejemplo sería: ¿Cómo valoran los pacientes con patologías adictivas la atención a las drogodependencias en Canarias?

Algunos autores consideran que el enfoque cualitativo que tradicionalmente más se ha empleado en ciencias de la salud son los trabajos etnográficos, estudiando conceptos como la satisfacción ante la asistencia recibida o el afrontamiento de la enfermedad^{48,49}. Por otra parte, los trabajos etnográficos son objeto de clasificaciones en subtipos de etnografías según sea la unidad social que se está estudiando, o factores

espaciales, como puede ser un centro sanitario. Esta amplitud del concepto y subdivisiones puede llevar a confusión y para algunos autores a plantearse si trabajos identificados como etnográficos cumplen con la etnografía ⁵³.

Teoría fundamentada

La teoría fundamentada, “*grounded theory*” en idioma inglés, surge en 1967 propuesta por Bernie Glaser y Anselm Strauss en su libro *The Discovery of Grounded Theory* ⁵⁴. El objetivo de este enfoque es utilizar el método inductivo para generar teorías a partir de los datos ⁴⁸. Procesa cuestiones sobre cómo cambian las experiencias en el tiempo o en sus diferentes fases ⁵¹, de forma más concreta podría ser: ¿Cuál es el proceso psicosocial por el cual una persona se convierte en toxicómana?

El proceso de análisis en la teoría fundamentada es sumamente dinámico y creativo, con un método comparativo constante. Se intenta generar conocimiento a partir del punto de vista de los participantes en el proceso ⁴⁸. El resultado de un estudio de teoría fundamentada se presenta como un proceso. El investigador interesado en generar una teoría, captando la temporalidad, el cambio y sus efectos encontrará en la teoría fundamentada la manera de hacerlo ⁵².

1.2.3 Técnicas de recogida de datos.

Explicar las posibles técnicas de recogida de datos en la investigación cualitativa es una tarea que nos requeriría excesiva extensión, aunque se recomienda la consulta de la bibliografía ⁵³ en caso de querer hacerlo. Algunas de las técnicas más usuales son las entrevistas, grupos focales, observación, investigación endógena...etc⁵³.

La técnica de recogida de datos más conocida y la empleada en este trabajo es la entrevista. Una entrevista es una conversación con un propósito, y al menos parcialmente, estructurada. En la entrevista cualitativa se busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias ⁵³. Existen también propuestas de clasificación de las entrevistas ^{51,53}, según sean estructuradas, semiestructuradas, abiertas, en profundidad... etc.

Realizar entrevistas para una investigación cualitativa requiere también una adecuada planificación y experiencia. Se debe contextualizar a las personas antes y al

terminar, explicar los objetivos del estudio y aclarar el uso de la grabadora. No todas las personas son iguales a la hora de ser entrevistadas, algunas son muy abiertas y cooperadoras y otras menos, algunas darán mucha información significativa y otras no. En estos casos es donde la experiencia y pericia del informador resulta fundamental. Un buen entrevistador debe tener un suficiente conocimiento sobre el tema que se aborda, amabilidad y sensibilidad, capacidad para dirigir la entrevista, pero con apertura ante nuevos temas, buena memoria y retención de lo dicho y capacidad interpretativa⁵³.

1.2.4 Análisis de los datos.

El análisis de los datos es probablemente la parte más compleja y menos explicada de todo lo concerniente a la investigación cualitativa^{48,50}. Independientemente de cual sea el enfoque o haya sido la técnica de recogida de datos, llega un momento en el cual el investigador tiene que enfrentarse con los datos e intentar llegar a algún resultado. Son muchos los autores que han planteado diferentes métodos o estrategias, algunos más abiertos y otros más metódicos⁵⁰. Realmente, consideramos que lo más probable es que cada investigador emplee su propio método, aunque siga un determinado modelo como punto de partida. En el presente trabajo, se ha considerado que por su sencillez y facilidad de adaptar a lo requerido, el punto de partida más adecuado a nuestro estudio sea el propuesto por Taylor y Bogdan^{50,55}. Se propone un enfoque de análisis, basado en tres pasos que se exponen de forma abreviada:

- **Fase de descubrimiento:** Leer repetidamente los datos buscando ideas, interpretaciones...etc.
- **Fase de codificación:** Reunión de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos...etc. Desarrollar códigos para estos conceptos y codificar todos los datos.
- **Fase de relativización:** Interpretar los datos en el contexto en el que fueron recogidos.

La codificación

Por la importancia y complejidad metodológica que tiene, se ha considerado pertinente explicar el concepto de codificación, que no es exclusivo de la estrategia anteriormente explicada, sino uno de los conceptos claves en la investigación cualitativa. Entre las características de la investigación cualitativa se encuentra la gran cantidad de

datos que se suelen obtener de relativamente poco participantes. La mayor parte de los estudios generan una cantidad importante de transcripciones de entrevistas, grupos focales, observaciones u otras fuentes ⁵³. Es necesario organizar toda esa información de forma sistemática, revisando las transcripciones, fragmentando la información y señalando aquellas partes que tienen algún significado, identificando opiniones, sentimientos e ideas. Una parte crucial es la codificación de la información, entendiendo este proceso como ponerle una etiqueta determinada a esos sentimientos, opiniones o ideas que hemos identificado y señalado en los datos. Es importante recalcar que la codificación no es un proceso rígido, sino que los códigos van modificándose a medida que avanzamos en el proceso. Los códigos pueden dividirse, unirse o agruparse en familias de códigos (llamadas categorías), este proceso continúa durante todo el análisis⁵³. Algunos autores diferencian entre una primera fase de codificación que llaman codificación abierta u *“open coding”*, que suponen el primer acercamiento al texto, cuando marcamos fragmentos de este que nos llaman la atención. Posteriormente se realiza una codificación axial o *“axial coding”*, cuando los diferentes códigos o familias de códigos se van relacionando entre sí, buscando una explicación^{51,53}.

Perspectiva ETIC y EMIC

A la hora de establecer los códigos en un trabajo cualitativo, a grandes rasgos, podemos identificar dos opciones: pueden estar definidos antes de comenzar a recoger los datos o pueden construirse a partir del análisis de los datos obtenidos. La forma de generar los códigos generalmente estará definida por el diseño de la investigación, aunque también por la perspectiva del investigador. Ambas formas de afrontar la codificación se suelen relacionar con la visión de las experiencias desde fuera (perspectiva ETIC) o desde la perspectiva del individuo que está dentro del contexto (perspectiva EMIC):

- Perspectiva ETIC: Previamente los investigadores han creado un conjunto de códigos, los datos obtenidos se aplicarán a estos códigos.
- Perspectiva EMIC: El listado de códigos se genera a partir del análisis de los datos obtenidos.

La perspectiva ETIC puede resultar tentadora para el investigador más experimentado en la investigación cuantitativa, al estar más familiarizado con el proceso de identificación y clasificación de unos datos en una lista previamente establecida. No obstante, la codificación abierta forma parte de la perspectiva EMIC, es el procedimiento que mejor reconoce el punto de vista del informante, no el impuesto por el investigador, y es el habitualmente empleado en investigación cualitativa ^{47,51}.

La saturación

Una de las grandes diferencias metodológicas en la investigación cualitativa respecto a la cuantitativa es a la hora de determinar el tamaño muestral. En la investigación cuantitativa estamos acostumbrados a aplicar fórmulas que nos ayudan a predecir el tamaño de la muestra que debemos emplear para obtener unos resultados que sean estadísticamente significativos. Este tipo de razonamiento no se puede aplicar en la investigación cualitativa, no existe una fórmula equiparable ni se puede determinar el número de participantes de un modo similar. Dependiendo del enfoque metodológico, se puede estimar de forma flexible el número de participantes deseados, aunque se tendría que ajustar a los datos obtenidos.

Uno de los conceptos fundamentales en la investigación cualitativa es el de saturación. Hablamos de la saturación del discurso cuando, aunque incrementemos el número de participantes no estamos añadiendo información nueva o relevante. A efectos prácticos, este momento llega cuando los datos obtenidos por los participantes se van repartiendo en los códigos establecidos sin que se generen nuevos códigos. Ese momento puede resultar revelador para el investigador y previsiblemente se alcanza de forma progresiva, según los nuevos informantes van aportando cada vez menos información novedosa ⁵¹.

Herramientas informáticas de análisis cualitativo

Existe cierta controversia sobre el uso de programas informáticos para el análisis cualitativo, algunos autores clásicos han llegado a considerar que de alguna manera restringen la capacidad de análisis del investigador^{51,53}. Un punto de vista extremo es considerar que emplear un software de análisis es convertir la investigación cualitativa en cuantitativa, mientras que el punto contrario sería pensar que no se puede realizar un estudio cualitativo sin el empleo de un software de análisis⁵³. No obstante, la mayoría de los autores ^{53,56,57} los consideran de gran utilidad debido a que, por las características de la investigación cualitativa, con la circularidad de la información, se generan una gran cantidad de datos que hace muy laborioso su manejo. Lo cierto es que los programas de análisis cualitativo nos ayudan a clasificar y organizar la información, pero la interpretación del contenido debe ser realizada igualmente por el investigador. Los programas informáticos no deciden lo que debe ser codificado, o que categorías se deben crear, ni tienen capacidad propia para establecer relaciones o crear familias de códigos.

Una característica de los programas de análisis de datos cualitativos (computer assisted qualitative data analysis softwares – CAQDAS) es que requieren un cierto nivel de entrenamiento para su manejo. En el caso de los trabajos con una limitada cantidad de datos el tiempo empleado en el entrenamiento del software puede ser excesivo, y a corto plazo suponer un esfuerzo adicional. No obstante, a largo plazo, el tiempo empleado resulta rentable. En cualquier caso, los programas de análisis de datos cualitativos se vienen utilizando en investigaciones en ciencias sociales desde hace bastante tiempo, y hoy en día la mayoría de los investigadores los consideran una herramienta fundamental ^{56,57}.

1.3 Aspectos bioéticos y legales de la atención a las drogodependencias

1.3.1 Revisión bibliográfica de los trabajos publicados

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica para conocer los estudios publicados donde se hayan analizado los modelos de atención a las drogodependencias, especialmente desde un punto de vista legal y/o ético. Para realizar la búsqueda se emplearon los Medical Subject Headings (MeSH) y sus equivalentes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Las bases de datos empleadas en la búsqueda fueron Pubmed, Scopus, SciELO, PSICODOC, Dialnet y Cuiden. Se emplearon los operadores booleanos “AND” y “OR” para combinar los MeSH y DeCS entre sí. Para acceder a las publicaciones que no eran en abierto se empleó el acceso institucional de la Universidad de La Laguna, a través de la herramienta “punto Q” de la Biblioteca de la Universidad. La búsqueda se completó con la incorporación de la bibliografía de algunos trabajos seleccionados y con la revisión de las publicaciones de la página web del Plan Nacional sobre Drogas y la Sociedad Española de Patología Dual. Se seleccionaron artículos publicados en castellano e inglés, preferentemente los que se referían al entorno más cercano, aunque también trabajos referidos a modelos diferentes al implantado en territorio español.

Medical Subject Headings (MeSH)	Descriptorios en Ciencias de la Salud (DeCS)
Substance-Related Disorders	Trastornos Relacionados con Sustancias
Drug Users	Consumidores de Drogas
Equity in Access to Health Services	Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud
Health Services Accessibility	Accesibilidad a los Servicios de Salud
Social Stigma	Estigma Social
Bioethics.	Bioética

Tabla 1: Medical Subject Headings (MeSH) y Descriptorios en Ciencias de la Salud (DeCS).

Como principales hallazgos se verificó que la peculiar situación de las personas consumidores de drogas no ha pasado desapercibida, siendo diversos los enfoques de los trabajos encontrados. No obstante, coincidiendo con otros autores, se opina que, teniendo en cuenta la relevancia que tiene el tema, el fenómeno se encuentra infrarrepresentado en la literatura, dándose además las circunstancias de que la mayoría de las publicaciones son de origen anglosajón⁵⁸⁻⁶⁰.

Por el nivel de información y evidencia científica que nos aportan, consideramos fundamentales las revisiones bibliográficas sistemáticas. Ralf Jürgens et al publicaron en Lancet en 2010, una revisión bibliográfica en la que estudiaron los abusos sobre los derechos humanos de las personas que consumían drogas y al mismo tiempo estaban diagnosticados de VIH. Se recopilaban trabajos de todo el mundo, donde se recogían referencias a los abusos que se cometían tales como complicaciones para el acceso al tratamiento con retrovirales, discriminación o aplicación de medidas coercitivas para el tratamiento⁶¹. En otra revisión bibliográfica publicada en 2013, los autores recopilaban trabajos en los que se investigaba la existencia de estigma entre los profesionales de la salud hacia las personas con un trastorno adictivo. Las conclusiones fueron que las actitudes negativas de los profesionales sanitarios hacia las personas que consumen drogas son muy frecuentes, y tienen como consecuencia una disminución de la calidad de la asistencia y la salud⁶².

El problema de la estigmatización y la anormal atención sanitaria a los drogodependientes ha sido analizado generalmente desde el punto de vista de los profesionales sanitarios. El método que más frecuentemente se ha empleado es el uso de cuestionarios validados para medir las actitudes estigmatizantes de los profesionales^{62,63}. Aunque es menos habitual, también se ha empleado el enfoque

cualitativo con los profesionales sanitarios, explorando las actitudes hacia las personas consumidoras de drogas. Un ejemplo de estos trabajos lo tenemos en un estudio con enfoque hermenéutico realizado a quince profesionales sanitarios de Colombia, se concluyó que las conductas negativas de los profesionales hacia las personas consumidoras están derivadas de la escasa formación y experiencia, suponiendo importantes barreras para acceder a los servicios de salud⁶⁴. Otro trabajo fenomenológico realizado con profesionales de salud mental en Australia encontró frustración y resentimiento entre los profesionales⁶⁵. Independientemente de los enfoques empleados, en general estos trabajos muestran la presencia de actitudes negativas de los profesionales sanitarios hacia las personas que consumían drogas. Estas actitudes son más frecuentes ante la falta de experiencia y formación de los profesionales en el cuidado de este tipo de trastornos.

Mucho menos frecuente es cuando los datos primarios proceden de las propias personas que lo padecen, no de los profesionales sanitarios. Un trabajo publicado en 2007 encontró que los usuarios de drogas diagnosticados de hepatitis C referían menos actitudes negativas cuando eran tratados en servicios especializados con más usuarios en sus mismas condiciones⁶⁶. Abeldaño et al, emplearon un cuestionario para medir el estigma internalizado o autoestigma entre personas consumidoras de drogas, encontrando que es un componente muy frecuente en la población⁶⁷.

Especialmente raros son los trabajos primarios que, desde el punto de vista de la persona consumidora, empleen un enfoque cualitativo para explorar específicamente el problema que nos ocupa. Tan solo se han encontrado dos trabajos que dentro de un enfoque mixto cuantitativo-cualitativo, realizaron entrevistas a profesionales y personas consumidoras de drogas. Brener et al, en un trabajo realizado en Australia, entrevistó a trece personas consumidoras de drogas que estaban realizando un tratamiento de rehabilitación. Entre otros resultados encontraron que todos los participantes habían percibido las actitudes negativas y que estas eran un predictor del abandono del tratamiento⁶⁸. En otro trabajo, también realizado en Australia, emplearon 26 entrevistas semiestructuradas a personas que se encontraban realizando un tratamiento por consumo de drogas, encontrando como hallazgo más significativo la referencia a la pérdida de poder por los roles impuestos por los profesionales⁶⁹. Más frecuentemente, el método cualitativo se ha empleado para comprender de forma general el fenómeno de la drogodependencia⁷⁰⁻⁷² o para evaluar aspectos muy específicos del tratamiento⁷³.

Ante la variabilidad que presentan los modelos de atención según el país de referencia, se ha prestado especial atención a las publicaciones procedentes de nuestro

país, donde presumiblemente se analice el sistema implantado en el territorio español. En este ámbito, destacan los trabajos publicados por el PNSD donde, a través de la Comisión Estigma RIOD, se ha estudiado el fenómeno de la estigmatización en las personas que consumen drogas⁷⁴. La Sociedad Española de Patología Dual es una organización científica que promueve la investigación y publicación de trabajos relacionados con la patología dual (trastorno adictivo y otro trastorno mental que se desarrollan de forma conjunta). En el análisis que realizan de la situación en nuestro país, destacan, entre otras conclusiones, la situación de desigualdad autonómica y la escasez de recursos sanitarios específicos para patología dual³⁴.

En nuestro entorno más cercano, la modalidad de trabajo que más frecuentemente se ha encontrado han sido los artículos y publicaciones en los que se ha reflexionado sobre el modelo asistencial, revisando los procedimientos y la legislación existente y posteriormente analizando las implicaciones. Vilardell-Balash et al, contemplaron la situación de los consumidores de drogas en nuestro país en un contexto de crisis económica, concluyendo que son un colectivo especialmente vulnerable⁵⁸. Pascual M y Pascual F, en un trabajo publicado en 2017, hacen una revisión del fenómeno del estigma en las personas adictas⁷⁵. Se han encontrado otros trabajos en los que a partir de las publicaciones institucionales del PNSD se han realizado análisis comparativos de los modelos autonómicos, detectando las debilidades y fortalezas de cada sistema implantado^{29,33}. También se han encontrado trabajos realizados desde la perspectiva de la Atención Primaria (AP), donde se detecta que la mayoría de los médicos que trabajan en AP son conscientes de la escasa implicación de esta en la atención de las drogodependencias^{76,77}. Especial mención, por su relación con nuestro estudio, merece el trabajo donde Pedreira Crespo et al analizaron desde una perspectiva histórica la configuración de las redes asistenciales en nuestro país. Se abordó el problema de los diferentes planes autonómicos y las redes paralelas de atención a las drogodependencias. Se analizaron las ventajas y dificultades de la integración de las drogodependencias en la red sanitaria pública, concluyendo que es un proceso necesario para la normalización de la atención al drogodependiente³⁰.

Son escasos los trabajos encontrados que hayan sido realizados en el ámbito de la Red de Drogodependencias del Gobierno de Canarias. Destacamos el artículo publicado por Aguilar I, en el que analiza desde una perspectiva legal el modelo implantado en la Comunidad Autónoma. Entre sus conclusiones se encuentra que, debido a su falta de integración en el sistema autonómico de salud, se incumple la normativa autonómica y estatal, así como el derecho a la salud y las recomendaciones de la OMS y de la ONU³². Por el contrario, en un trabajo realizado por Reyes G, entre

enfermeros de salud mental del Hospital Universitario de Canarias, encontró que la mayoría de los participantes negaban los prejuicios ante las personas consumidoras de drogas⁷⁸.

La reflexión bioética sobre el fenómeno de las drogodependencias no es todo lo frecuente que se podría esperar ⁷⁹. Los trabajos que se han encontrado que analizan la perspectiva bioética en la asistencia a los drogodependientes son principalmente artículos de revisión o de opinión. Generalmente se han recopilado intervenciones y modelos de atención y posteriormente se han analizado estas intervenciones desde un punto de vista bioético⁷⁹⁻⁸³. En el siguiente apartado se expondrán y se discutirán algunas de las reflexiones que se han considerado más relevantes.

1.3.2 Reflexión y discusión de los aspectos bioéticos.

Todas las relaciones humanas, en especial las que suponen un acto sanitario que afecta a otras personas, conllevan un determinado significado ético. Toda decisión terapéutica que se tome es susceptible de ser analizada. En ese campo, las drogodependencias no deberían ser una excepción. Es un fenómeno protagonizado por seres humanos, donde las relaciones interpersonales adquieren un especial significado. A pesar de ello, las drogodependencias han recibido poca atención en comparación con otros ámbitos sanitarios por parte de los estudiosos de la bioética. Seguramente, otras disciplinas que han experimentado un enorme desarrollo tecnológico hayan sido las que hayan acaparado mayormente el interés de los bioeticistas⁷⁹. Las drogodependencias son un fenómeno extraordinariamente complejo, con implicaciones legales, sociales y de salud, todas ellas susceptibles de plantearnos dudas y dilemas éticos. Es un tema conocido, no estamos hablando de novedosas intervenciones terapéuticas desconocidas para la población en general y de las que la población mayormente no ha oído hablar. Estamos hablando de un aspecto que ha acompañado al ser humano desde su existencia. Seguramente cada persona a la que le preguntemos nos puede dar su opinión sobre el fenómeno, muchos serían capaces de plantearnos soluciones al problema, y prácticamente a nadie le producen indiferencia.

Las opiniones relacionadas con las drogodependencias suelen estar cargadas de un alto contenido emocional, y ser capaces de generar un apasionado debate. En todos los ámbitos se plantean conflictos éticos y legales, desde el primero que se nos

puede plantear como es la legalización versus la prohibición de las drogas, ¿debemos dar a cada persona la libertad de decidir y legalizar determinadas sustancias? ¿sería preferible una legislación que penalizara más duramente el consumo? El debate ya existe en estos momentos, en especial con la posible regularización del consumo de cannabis. El control y regulación del uso del cannabis se encuentra actualmente en el escenario político y social, con defensores a ambos lados del tablero. No cabe duda de que ambas decisiones traerían aparejadas unas determinadas consecuencias, tanto beneficiosas como perjudiciales. También existe la posición moderada, de regular solamente determinados aspectos como puede ser el uso medicinal, el debate está servido. No es nuestra intención adentrarnos en complicados debates legales sobre estos aspectos, más bien huyendo de los aspectos técnicos de las drogas centrarnos en lo que supone la asistencia sanitaria al consumidor de las mismas.

Podemos analizar el fenómeno de las adicciones desde al menos tres modelos⁷⁹. Por un lado, el modelo penal, donde las medidas legales y jurídicas adquieren vital importancia. En este modelo la drogadicción tiene la consideración de un delito y los consumidores son delincuentes, siendo perseguidos por el bien común de la sociedad. Por otro lado, el modelo médico, donde el consumidor de sustancias es un enfermo, el dependiente no puede controlar su adicción, los recursos irán destinados al tratamiento de la persona. Finalmente existe un modelo sociocultural que considera el fenómeno en un contexto etnográfico y antropológico. Los tres modelos se entrecruzan haciendo que realmente las perspectivas posibles sean innumerables. En el presente apartado intentaremos ahondar en la perspectiva biomédica del fenómeno, en el abordaje sociosanitario, aunque como ya se ha visto la separación no siempre es posible, por lo que es inevitable vernos discutiendo aspectos legales y socioculturales.

Ante la enorme variabilidad de aspectos que podríamos debatir, y con la finalidad de darle al presente apartado una mayor facilidad de comprensión, hemos decidido darle una estructura conocida y habitualmente empleada, que no es otra que la de los principios bioéticos universalmente conocidos en la bioética clínica. Por lo tanto, comentaremos los diferentes aspectos del abordaje sociosanitario de los consumidores sanitarios tomando como marco de referencia los principios bioéticos propuestos por Beauchamp y Childress⁸⁴.

El principio de no maleficencia: El principio de no maleficencia hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. Heredado del *“primun non nocere”* hipocrático, lo primero no hacer daño. Hace referencia al deber que las actuaciones que se realicen no pueden causar daño. También implica hacer lo indicado

para evitar el daño, en aquellas circunstancias en que no podemos hacer el bien, nuestra obligación mínima es no hacer mal.

El principio de justicia: Este principio se extiende más allá de la relación clínica, puesto que abarca al sistema sanitario en su conjunto. Justicia es el principio de ser equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad de cada uno. En el principio de justicia se vela por el uso racional de los recursos, que son limitados, y deben ser distribuidos de acuerdo con la necesidad individual, no discriminando, segregando o marginando. Este valor implica de forma especial a los gestores, que se ven por él obligados a procurar la igualdad de oportunidades ante los recursos sanitarios.

El principio de beneficencia: Este principio nos obliga a hacer el bien a quien nos lo pide, y también al que lo precisa, aunque no pueda pedirlo. Si la no maleficencia implicaba la acción negativa de no hacer daño, el principio de beneficencia implica la obligación de buscar el bien de la persona. Obrar solo en beneficio del paciente, pero respetando el criterio de bien del beneficiario. El principio de beneficencia ha sido origen de conflicto cuando se aplica desde el punto de vista del profesional, sin tener en cuenta el criterio de bien del propio individuo, entrando en conflicto con el siguiente principio.

El principio de autonomía: El principio de autonomía reconoce el derecho de cada uno a participar activamente en la toma de decisiones sobre su vida y su tratamiento. Nadie puede ser obligado a realizar determinado tratamiento, aunque eso sea lo que le conviene según el criterio del médico. Este principio choca frecuentemente con el de beneficencia, cuando el criterio de bien o lo deseado no coincide entre el profesional y la persona. La concepción antigua de la medicina implicaba buscar el bien de la persona sin tener en cuenta lo que opinara el individuo, lo que sería la concepción paternalista. Hoy en día, el desarrollo de la autonomía otorga al individuo la autoridad final para decidir sobre sí mismo.

En su concepción inicial⁸⁴, los principios fueron diseñados sin un orden jerárquico entre ellos, para ser considerados todos por igual. Los conflictos entre los principios implica que no siempre vamos a tener una solución clara, la mayoría de las veces vamos a tener que considerar que es lo que debe prevalecer. En ese sentido, resulta de gran utilidad establecer una jerarquización de los principios^{85,86}. Así, hablamos de una ética de mínimos con los principios de no-maleficencia y de justicia, que tienen carácter público, es decir, se refieren a nuestra relación con el exterior. Afectan a los derechos fundamentales de otras personas, por lo tanto, deben prevalecer. En un segundo nivel están los principios de beneficencia y autonomía, considerados una ética de máximos.

Estos principios pertenecen al ámbito privado de cada persona, a su propia idea de vida, cada persona es libre de gestionarlos como quiera.

Al adentrarnos en el abordaje sociosanitario de las drogodependencias, desde el primer momento tenemos que pararnos y reflexionar. El diagnóstico médico como drogodependiente no es un acto banal, al contrario, es una actuación sanitaria que contiene un elevado valor y con consecuencias legales, sociales y de salud para la persona. Prácticamente cualquier bioeticista que haya reflexionado sobre la atención a las drogodependencias hace referencia a las consecuencias que conlleva ser diagnosticado como drogodependiente⁷⁹⁻⁸². Desde el momento que un determinado especialista sanitario diagnostica a una persona como drogodependiente existe un estigma asociado, existen pocas enfermedades o condiciones sociales que produzcan tanto rechazo. Hemos visto en apartados anteriores como el sujeto drogodependiente es inmediatamente derivado a un circuito sanitario independiente, muchas veces fuera de la sanidad pública. Esta derivación se produce supuestamente en su propio beneficio para ser tratado por especialistas, en respeto del principio de beneficencia, aunque ya hemos visto como implica en muchas ocasiones una pérdida más que un beneficio.

Hemos visto como el mero hecho de diagnosticar a una persona como drogodependiente hace que estemos en una encrucijada. El respeto al principio de no maleficencia nos impide hacer nada que pueda causarle un daño, y no está del todo claro que ser diagnosticado como drogodependiente no implicaría causarle un daño. Aunque también el diagnóstico de drogodependiente implica algunas consecuencias legales y sociales de las que pudiera beneficiarse el individuo. Es posible emplear el diagnóstico para acceder a determinadas ayudas sociales y prestaciones económicas, inclusive puede resultar un atenuante ante diversos delitos, por lo tanto, el diagnóstico de drogodependiente puede ser un beneficio para el individuo o ser usado fraudulentamente.

Otro aspecto que merece ser mencionado es el de la confidencialidad, íntimamente relacionado con el principio de autonomía, característica que debería estar presente en cualquier acto realizado por profesionales sanitarios. Las drogodependencias no son una excepción, más bien al contrario, las personas que son adictas a las sustancias suelen ocultarlo, y con razón, existen pocos diagnósticos más estigmatizantes. Independientemente de la profesionalidad que demuestren los sanitarios al ocultar los datos de los pacientes, ya hemos visto que el modelo que se impone en nuestro territorio son los centros de drogodependencias fuera de la sanidad pública. ¿Cómo se puede respetar la confidencialidad de los consumidores de

sustancias y al mismo tiempo les obligamos a ir a unos centros específicos y fácilmente reconocibles?

En relación con el principio de autonomía se abren muchos dilemas prácticos, el primero es sobre la competencia o no del adicto a sustancias para tomar decisiones sobre su salud. La consideración de la dependencia como una enfermedad en la cual se pierde el control hace que se pueda plantear esta competencia y justificar éticamente la posible obligatoriedad de un tratamiento. Desde hace mucho tiempo en nuestro país, el hecho de estar en riesgo de causarse daño a si mismo o a los demás ha sido causa para ingreso hospitalario involuntario. Sin embargo, esta consideración no se aplica a las personas con trastornos adictivos, a pesar del evidente riesgo que tienen de causarse ese daño⁸⁷. El hecho de considerar a los adictos competentes implica que habitualmente todo el proceso por el cual se trata a los usuarios consumidores de sustancias debe ser un proceso completamente voluntario. Esta voluntariedad en ocasiones queda entredicha, por ejemplo, en el caso de la sustitución de las sanciones penales por tratamiento. El principio de autonomía solo tiene sentido cuando existe la capacidad de elección entre diversas opciones, cuando la elección es entre ir a la cárcel o realizar un tratamiento (situación frecuentemente planteada en drogodependencias) ¿se le está dando realmente a la persona la posibilidad de elegir o se están aplicando medidas coercitivas para que realice un tratamiento en contra de su voluntad?

Hemos dicho que estamos considerando la dependencia como una enfermedad, es incapaz de controlar su adicción por una sustancia, por lo tanto, tratamos al enfermo. Al mismo tiempo lo consideramos competente para tomar libremente sus propias decisiones. Entonces se nos plantea una paradoja, si no puede controlar su adicción quizás no es plenamente competente para decir sobre su tratamiento. En este punto un enfoque paternalista (beneficencia sin autonomía) llevaría a someter de forma forzosa al tratamiento a los adictos. Pero, vayamos al extremo contrario: si es plenamente competente para decidir ¿hasta qué punto es responsable la sociedad de un individuo que decide libremente enfermarse? El principio de justicia chocaría con el hecho de que se gasten valiosos recursos económicos y sanitarios⁷⁹. Esta idea puede parecer despiadada y alejada del punto de vista de un profesional sanitario, pero quizás no sea tan descabellada para un sector de la sociedad.

Respecto al principio de justicia, no podemos dejar de nombrar la particularidad de nuestro sistema sanitario ya sobradamente explicado en anteriores apartados. La cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud ⁸⁸ reconoce el diagnóstico y tratamiento de las conductas adictivas dentro de la atención a la salud mental. Pero

como hemos visto, esto no es una realidad dentro de gran parte del territorio español. Aquellas personas con trastornos adictivos que están en comunidades autónomas donde no se ha producido la integración con el SNS están en inferioridad de condiciones. Por un lado, no reciben los mismos tratamientos y atención que los adictos de otras comunidades, y por otro lado dentro de su comunidad no son atendidos por el SNS como otras enfermedades.

Entre las modalidades de tratamiento que se administran a los adictos de sustancias existe al menos uno que es muy particular, son los tratamientos sustitutivos de opiáceos. Estos tratamientos no tienen una clara correspondencia con otros tratamientos empleados en diferentes enfermedades. En estos programas se administra una droga (generalmente metadona) para evitar el consumo de otra considerada más dañina (generalmente heroína). Algunos autores ⁸² consideran que no es éticamente aceptable que un profesional sanitario ayude a mantener una adicción, e incumple el principio de no maleficencia. No obstante, los programas de sustitución con opiáceos, principalmente con metadona son ampliamente empleados y sus beneficios sobradamente demostrados. En este punto, también podríamos hablar de la estigmatización que supone que las personas tengan que acudir regularmente, todos los días o semanalmente a un centro específico para poder recibir su tratamiento. Existen alternativas que se han probado eficaces, y que se pueden adquirir en las farmacias, como las combinaciones de buprenorfina con naloxona. Tenemos aquí otro punto de controversia, ya que los programas de buprenorfina no están disponibles en todo el territorio, generando un conflicto con el principio de justicia.

Algo similar se podría hablar de otros programas de reducción de daños, en los que se llega a facilitar al usuario de drogas por vía parenteral el asesoramiento y entrenamiento para poder usar la vía endovenosa en condiciones de seguridad. Los programas de intercambio de jeringuillas y talleres de inyección desempeñaron un papel importante para el control de la epidemia del VIH entre los usuarios de la vía endovenosa y todavía hoy se siguen empleando en algunas partes del territorio español donde perdura esa forma de consumo. Sin embargo, resulta fácil plantearse si es éticamente aceptable que un profesional sanitario ayude a una persona a poder autoadministrarse sustancias dañinas por vía endovenosa.

Las mujeres embarazadas que son consumidoras de sustancias suponen todo un reto por lo complicado de su tratamiento y por las implicaciones éticas y legales que puede tener cualquier decisión que se tome. En este caso entra en conflicto una tercera parte, el nuevo ser humano que está a punto de nacer. Diversos autores han deliberado

desde diferentes puntos de vista, desde los más radicales que aprobarían el uso de medidas coercitivas para someter a tratamiento a la madre a los que piensan que debe prevalecer el principio de autonomía de la madre a decidir ⁸³.

Existen otros motivos de controversia que pueden ser motivo de acalorado debate, como puede ser el hecho del alcoholismo y los trasplantes hepáticos, la consideración de drogas legales versus ilegales donde los factores económicos tienen un peso determinante o las adicciones secundarias a la receta de fármacos opioides que están en claro incremento. No obstante, se han abordado los principales temas y ha quedado sobradamente de manifiesto la necesidad de emplear un enfoque bioético en la asistencia a las drogodependencias.

1.3.3 Necesidad de la investigación.

A partir de los apartados expuestos con anterioridad, podemos concluir en la pertinencia de realizar el trabajo que prosigue en base a diversos factores. Inicialmente, ha quedado de manifiesto la particularidad de los modelos de atención a las drogodependencias que existen en el territorio español y en la Comunidad Autónoma de Canarias en particular. La no integración de las drogodependencias dentro del Servicio Canario de Salud supone una alteración del derecho a la salud y al principio de equidad.

Otro factor es que, desde el punto de vista ético y legal, las drogodependencias son un fenómeno extraordinariamente complejo, muchas de las actuaciones que se llevan a cabo tienen repercusiones legales para la persona. Al ser los usuarios consumidores de drogas un colectivo especialmente vulnerable, la sociedad y especialmente los profesionales sanitarios implicados en su atención, debemos velar por la salvaguarda de sus derechos fundamentales, entre los que, por supuesto, se incluyen el derecho a la salud y al trato justo y equitativo.

Después del análisis de la bibliografía encontrada, hemos podido comprobar como el fenómeno no ha pasado desapercibido. Son abundantes los trabajos de opinión en los que profesionales relacionados con la atención a las drogodependencias reflexionan y exponen las carencias del sistema. Cuando se han desarrollado estudios de investigación, la población más frecuentemente estudiada han sido los profesionales que prestan los cuidados, especialmente con enfoques cuantitativos mediante cuestionarios validados para medir dimensiones relacionadas con la estigmatización y

discriminación. Los trabajos encontrados, generalmente de ámbito anglosajón, son consistentes en sus resultados al exponer la presencia de actitudes negativas por los profesionales y situaciones discriminatorias por las instituciones. No obstante, hemos encontrado carencia de trabajos donde se recoja la perspectiva de las personas implicadas, es decir, que se les pregunte a las personas con un trastorno adictivo.

Con el presente trabajo queremos conocer el fenómeno desde la perspectiva del usuario de la Red de Drogodependencias de la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Queremos saber: ¿Qué opinan las personas que consumen drogas cuando son atendidas por los sanitarios? ¿Cómo se sienten? Estas preguntas tan solo las podemos responder preguntándoles a las personas implicadas, y mediante un método cualitativo.

2. Objetivos

- El objetivo general del trabajo es comprender la perspectiva del usuario de la Red de Drogodependencias de Santa Cruz de Tenerife sobre la asistencia sanitaria prestada a su trastorno adictivo.

Como objetivos específicos se plantean:

- Identificar experiencias percibidas como negativas que hayan podido tener los usuarios cuando han solicitado asistencia sanitaria.
- Estudiar la valoración que hacen los usuarios de la Red de Drogodependencias de Santa Cruz de Tenerife.
- Conocer las percepciones de los usuarios cuando han acudido a la red sanitaria pública del Sistema Nacional de Salud.

3. Metodología

3.1 Diseño del trabajo

Se ha realizado un estudio cualitativo en el cual se ha entrevistado a usuarios de la Red de Drogodependencias. Se han empleado entrevistas semiestructuradas que han sido grabadas y transcritas, posteriormente se ha realizado un análisis del discurso. Para el análisis del discurso se ha empleado un sistema de codificación abierta u “*open coding*”. Los códigos se han generado según la perspectiva EMIC, es decir, el listado de códigos se genera a partir del análisis de los datos obtenidos.

El diseño del trabajo se enfoca en las experiencias subjetivas de los participantes, por lo que, sin querer entrar en debate sobre las escuelas, paradigmas y enfoques metodológicos cualitativos, consideramos que el diseño del presente trabajo corresponde con el enfoque fenomenológico.

3.2 Usuarios participantes en el estudio.

Los participantes en el trabajo fueron seleccionados entre los pacientes de la UDH que estaban realizando un tratamiento de desintoxicación. Todos los pacientes de la UDH acceden a través de una solicitud emitida desde una UAD, por lo tanto, todos son usuarios de la Red de Drogodependencias. Se consideró que los participantes que más información podían aportar eran los que llevaban un largo periodo de tiempo siendo usuarios de la red, particularmente aquellos que habían estado en diversos recursos como comunidades terapéuticas y centros de día, así como en programas de mantenimiento con metadona.

3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión

Se consideraron como criterios de inclusión:

- Edad mayor a 18 años.
- Al menos 10 años de antigüedad en la Red de Drogodependencias.
- Consumidor o antecedentes de consumo de sustancias ilícitas.

Se consideraron como criterios de exclusión:

- Adicciones al tratamiento farmacológico prescrito por un facultativo.
- Pacientes derivados de la provincia de Las Palmas de Gran Canaria.
- Pacientes con deterioro cognitivo, descompensación psicopatológica, inestabilidad estado orgánico, barrera idiomática o cualquier otro factor que impida la realización o comprensión de la entrevista

Se recopilaron un total de 8 participantes en el estudio, las entrevistas se realizaron en un periodo total de 2 meses entre mayo y junio de 2021.

3.3 Técnica de recogida de datos

La técnica empleada para la recogida de datos ha sido la de la entrevista semiestructurada. Las entrevistas fueron realizadas todas por el investigador principal del presente trabajo, previamente se había creado un guion con una serie de preguntas para ayudar a definir las áreas a tratar (Anexo 1). La función de las preguntas no era en ningún caso para ser entregadas a los usuarios, ni para ser empleadas como si de un cuestionario se tratara, sino para recordar al entrevistador los temas a tratar y ayudar a retomar el hilo cuando el usuario se desviaba del tema. El investigador planteaba el tema al usuario, permitiéndole que contestara libremente, se solicitaban aclaraciones o se pedía que aportara más información de algunos temas específicos. Las entrevistas fueron realizadas durante la estancia de los usuarios en la UDH del HUC, generalmente a finales del proceso, cuando el paciente se encontraba estabilizado orgánica y psicopatológicamente. El lugar elegido con más frecuencia fue en la habitación del propio usuario, siempre en la intimidad, con la presencia exclusivamente del usuario y el entrevistador. Cuando no ha sido posible obtener esa intimidad en la habitación del usuario se ha empleado un despacho del servicio.

Antes de realizar la entrevista se había acordado brevemente con el usuario su aceptación para participar en el estudio, en el momento antes de la entrevista se recordaron las características del trabajo y se realizó la firma del consentimiento informado. Todos los usuarios a los que se les planteó participar en el estudio aceptaron realizar la entrevista. Después de la firma del consentimiento, se recopilaron una serie de datos sociodemográficos y se compararon con los que constaban en el historial clínico del paciente. Una vez realizada la toma de estos datos, se comenzaba a plantear

al usuario los temas de los que se quería que expresara su experiencia. Las entrevistas fueron grabadas (solamente el audio) y posteriormente transcritas. Durante la grabación, se evitó verbalizar datos personales del usuario que hipotéticamente permitirían su identificación futura. Las entrevistas tenían una duración variable, dependiendo de la riqueza del discurso del usuario, aproximadamente entre 20-30 minutos.

3.4. Análisis de los datos

Para el análisis de los datos, se ha seleccionado como punto de partida el método en tres fases descrito con anterioridad: Descubrimiento, Codificación y Relativización^{50,55}. Aunque realmente, durante todo el estudio se han realizado tareas de las tres fases. Durante el desarrollo de las entrevistas, inevitablemente, se comenzaron a vislumbrar los códigos y categorías, así como las primeras interpretaciones. Las entrevistas fueron escuchadas detenidamente durante la transcripción de las mismas, posteriormente en el proceso de codificación frecuentemente se saltaba de un usuario a otro al identificar determinados patrones de respuesta ya conocidos.

Mediante un proceso de codificación abierta, se analizó cada frase y cada palabra, fracturando los datos en citas textuales. Como ya se ha aclarado con anterioridad, los códigos no estaban establecidos, sino que surgieron del análisis de los datos (perspectiva EMIC). Las citas textuales fueron incluidas en códigos, según el significado que se les estuviera dando. Posteriormente, los códigos fueron agrupados en categorías o familias de códigos, según tuvieran relación entre sí. Este proceso se realizó de forma circular, repasando una y otra vez los datos, agrupando y desagrupando los códigos, hasta llegar al resultado final.

Como fase final se analizaron las citas textuales de cada código, y las relaciones entre las familias de códigos, se interpretaron y se llegaron a las conclusiones del estudio.

3.5. Herramienta informática: Software NVIVO 12

En apartados previos se ha discutido sobre el empleo de las herramientas informáticas para el análisis cualitativo. Se decidió el empleo de software específico y se estudiaron diversas opciones. Entre las diversas alternativas en el mercado, en el presente trabajo se planteó el uso de al menos tres opciones: Atlas.ti, NVIVO y MAXQDA. Se revisaron los manuales y se ejecutaron versiones de prueba. Finalmente se seleccionó el Software NVIVO principalmente por la facilidad de uso, familiaridad del investigador principal con el programa y por la disponibilidad de la licencia. La plataforma NVIVO ha sido diseñada por el desarrollador de software especializado en investigación cualitativa QSR International, en el presente trabajo se empleó la última versión del Software disponible, NVIVO12.⁸⁹

A través del software, se establecieron las categorías o “nodos”, estableciéndose relaciones y jerarquías entre ellas. Posteriormente el programa nos permitió visualizar de una forma rápida y visual todas las referencias textuales a cada categoría o nodo. Las diversas alternativas del programa nos permitieron igualmente hacer uso de recursos visuales como la nube de palabras, que añadieron herramientas de análisis, comprensión y visualización.

3.6 Permisos y consideraciones éticas de la investigación.

Antes de comenzar el estudio se contactó con el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias de la Provincia de Santa Cruz de Tenerife. Se recabaron los permisos necesarios del jefe de servicio de salud mental y se informó al equipo terapéutico de la UDH de la realización del trabajo. En colaboración con el Comité de Ética, se diseñó un modelo de consentimiento informado que deberían firmar todos los participantes al inicio del estudio (Anexo 2).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética el 29 de abril de 2021, con el código CHUC_2021_26 (Anexo 3). Las entrevistas comenzaron en mayo de 2021.

A todos los participantes se les informó en términos comprensibles de los objetivos y finalidad del estudio, se les entregó una hoja informativa (Anexo 4) todos los participantes propuestos aceptaron participar. Las entrevistas fueron grabadas

únicamente en voz, no se guardaron en ningún tipo de soporte datos de los pacientes que permitan su identificación, recogiendo únicamente datos sociodemográficos y estadísticos asociados a un código.

El estudio ha sido realizado en conformidad con los principios de la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia en 1964 y enmendada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Sudáfrica (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Tokio (2004), Seúl (2008), Brasil (2013); y las Leyes y Reglamentos vigentes en Europa y España.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a la aplicación de del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

El investigador principal y los investigadores colaboradores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

4. Resultados:

4.1 Características de los participantes

El número total de participantes fue de ocho, seis hombres y dos mujeres. A la hora de reclutar participantes no se tuvo en cuenta el sexo, el resultado es representativo de los usuarios de la red de drogodependencias, donde las mujeres son una minoría². El más joven de los participantes tiene 30 años, y el mayor 55. Todos tienen una amplia experiencia en la Red de Drogodependencias, entre 10 y 25 años, son o han sido consumidores de drogas ilegales y seis de ellos están incluidos en un Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM). A continuación, se describen brevemente las características sociales y la historia toxicológica de cada usuario.

Usuario 1.

Se trata de un varón de 38 años de edad, cuarto de una familia de cuatro hermanos, soltero, una hija de 14 años que vive con su expareja, sin contacto actualmente. Vive con su madre, ha trabajado en la construcción, en jardinería y agricultura, situación actual de paro laboral sin derecho a prestación por desempleo, nivel de estudios interrumpido a los 11 años, cobra pensión no contributiva. Antecedentes psiquiátricos de tentativa de autolisis durante la estancia en centro penitenciario, seguimiento muy irregular en la unidad de salud mental. Antecedentes somáticos destaca positividad para virus hepatitis C. El consumo de heroína lo inició a los 15 años de edad, el consumo de cocaína lo inició a los 13 años de edad (cocaína clorhidrato) y 14 años cocaína base, el consumo de benzodiazepinas lo inicia a los 13 años mediante el alprazolam. Usuario de la Red de Drogodependencias desde hace más de 15 años, ha realizado diversos tratamientos por adicción a las sustancias, un ingreso previo en la Unidad de Desintoxicación, un tratamiento en una Unidad Semiresidencial de Atención a las Drogodependencias y múltiples tratamientos ambulatorios en la UAD de referencia. Ingresó en la UDH para realizar un tratamiento de desintoxicación por consumo actual de cocaína base y psicofármacos, se encuentra incluido en Plan de Mantenimiento con Metadona.

Usuaría 2.

Se trata de una mujer de 51 años de edad, primera de 2 hermanos, natural de Barcelona, aunque reside en Canarias desde hace más de 20 años. Soltera, convive con un compañero de piso, ha realizado diversos tipos de trabajos, actualmente inactiva y percibe una pensión no contributiva, nivel de estudios FP interrumpido a los 16 años. Entre los antecedentes destaca la positividad al VIH y la Hepatitis C. El consumo de heroína lo inició a los 18 años de edad, el consumo de cocaína clorhidrato lo inició a los 15 años de edad y la cocaína base a los 23 años. Usuaría de la Red de Drogodependencias de Canarias desde hace unos 20 años, aunque anteriormente había estado en tratamiento en otras Comunidades Autónomas. Ha realizado múltiples tratamientos en ambulatorios y otros en régimen de internamiento en Comunidades Terapéuticas, UDH y Centros de Día. Actualmente realiza un tratamiento por adicción a la cocaína base en la UDH, al mismo tiempo se encuentra incluida en PMM.

Usuario 3.

Se trata de un varón de 55 años, primero de una familia de 3 hermanos. Separado, dos hijos de 28 y 26 años que viven en el extranjero. Actualmente vive con su padre y trabaja como dependiente. Nivel de estudios hasta COU, interrumpidos a los 17 años. Entre sus antecedentes destaca trastorno depresivo y positividad para virus de la hepatitis C. El consumo de heroína lo inició a los 17 años de edad, desde los 35 años se encuentra incluido en plan de mantenimiento con metadona. Ha consumido cocaína, psicofármacos y otras sustancias de las que actualmente se encuentra abstinentes. Usuario de la Red de Drogodependencias desde hace más de 25 años. Nunca ha realizado un tratamiento previo en una Unidad Desintoxicación (UDH) ni en Comunidades Terapéuticas, aunque sí múltiples tratamientos ambulatorios. Ingresa en la UDH para desintoxicación de metadona y heroína.

Usuario 4.

Se trata de un varón de 30 años, primero de dos hermanos. Vive con sus padres. Ha trabajado como pintor, actualmente desempleado, sin derecho a prestación económica. Estudios hasta 2º de la ESO, interrumpidos a los 16 años. Ha estado durante largos periodos en centros penitenciarios. Entre los antecedentes destaca el diagnóstico de epilepsia. El consumo de heroína lo inició a los 18 años de edad (en prisión), la cocaína clorhidrato a los 12 años, la cocaína base a los 18 años (también en prisión),

cannabis y psicofármacos (benzodiacepinas) a los 12 años. Usuario de la Red de Drogodependencias desde hace unos 10 años. Ha realizado tratamientos de desintoxicación en UDH, así como tratamientos de deshabituación en régimen de internamiento en comunidades terapéuticas y en centros de día, además de múltiples intentos de tratamientos ambulatorios. Ingresa en la UDH para realizar un tratamiento de desintoxicación a la heroína, cocaína base, cannabis y alprazolam.

Usuaría 5.

Se trata de una mujer de 42 años, segunda de cuatro hermanos. Soltera, una hija de 18 años. Vive sola. Ha trabajado en sector limpieza. Inactiva laboralmente con derecho a una prestación por incapacidad. Nivel de estudios EGB interrumpidos a los 15 años de edad. Entre los antecedentes destaca sintomatología ansiosa-depresiva, con varios intentos autolíticos, diagnosticada de Trastorno Límite de la Personalidad. Positividad para VIH, Hepatitis B y C. Inició el consumo de heroína a los 15 años, cocaína clorhidrato a los 15 años, cocaína base a los 16 años, psicofármacos a los 18. Usuaría de la Red de Drogodependencias desde hace unos 25 años. Ha realizado múltiples tratamientos de desintoxicación y deshabituación, tanto ambulatorios como mediante ingresos en UDH y Comunidades Terapéuticas. Periodos variables de abstinencia. Actualmente en PMM, ingresa en la UHTD para desintoxicación de psicofármacos y metadona.

Usuario 6.

Se trata de un varón de 52 años, segundo de cinco hermanos. Soltero, vive con sus padres. Ha trabajado en la hostelería. Inactivo laboralmente, con derecho a prestación económica. Nivel de estudios FP finalizados a los 20 años. Entre sus antecedentes destaca Trastorno Depresivo. Inicia el consumo de alcohol a los 10 años, heroína a los 19, cocaína clorhidrato a los 20 y cocaína base a los 30 años. Usuario de la Red de Drogodependencias desde hace unos 25 años, ha realizado múltiples tratamientos de desintoxicación y deshabituación, tanto ambulatorios como mediante ingresos en UDH y Comunidad Terapéutica. Periodos variables de abstinencia. Actualmente se encuentra incluido en PMM, ingresa en la UDH para realizar desintoxicación de alcohol, heroína y metadona.

Usuario 7

Se trata de un varón de 47 años, primero de tres hermanos. Soltero, actualmente vive con sus padres. Ha trabajado en la construcción, actualmente desempleado, con derecho a recibir prestación económica. Nivel de estudios hasta 3º ESO, interrumpidos a los 16 años. Entre sus antecedentes destacan varios intentos autolíticos, infección crónica por virus de la hepatitis C. El consumo de heroína lo empezó a los 20 años, cocaína a los 18 años, cocaína base a los 22 años, alcohol a los 16 años. Usuario de los Servicios de Atención a las Drogodependencias desde hace unos 25 años. Ha realizado varios tratamientos de desintoxicación en UDH y tratamientos de deshabituación en Comunidad Terapéutica y Centros de Día. Múltiples tratamientos ambulatorios. Periodos variables de abstinencia. Ingresó en la UDH para realizar una desintoxicación por consumo de alcohol, estando previsto continuar el tratamiento de deshabituación mediante el ingreso en Comunidad Terapéutica.

Usuario 8

Se trata de un varón de 48 años de edad, cuarto de seis hermanos. Soltero, dos hijos de 22 y 19 años. Ha trabajado como militar y como pintor. Vive con familia de origen. Inactivo en la actualidad, con derecho a prestación económica. Nivel de estudios de 8º EGB, hasta los 14 años. Entre los antecedentes destaca un episodio psicótico durante su trabajo como militar. Inicio del consumo de heroína a los 30 años de edad, psicofármacos desde los 19 años de edad, alcohol desde los 18 años. Usuario de la Red de Atención a las Drogodependencias desde hace aproximadamente 10 años, desde los 41 años se encuentra incluido en PMM. Ingresó por primera vez en la UDH para desintoxicación de alcohol y benzodiazepinas, manteniendo la dosis de metadona. No ha realizado tratamientos previos en régimen de internamiento, varios tratamientos ambulatorios con periodos variables de abstinencia.

4.2 Análisis del discurso

Mediante el método anteriormente descrito, se ha realizado un análisis del discurso de las transcripciones de las ocho entrevistas. De esta primera fase de análisis se establecieron 203 citas textuales o referencias, que se clasificaron en 23 códigos. Cada código tiene al menos una cita textual, diferentes citas textuales pueden coincidir parcialmente al expresar aspectos pertenecientes a códigos diferentes. Los 23 códigos

se agruparon en 4 categorías o familias, una de las categorías a su vez presentaba una subcategoría. Las categorías establecidas fueron:

1. **Consecuencias de la adicción:** En esta categoría se incluyen todas las referencias a las consecuencias que ha tenido el sufrir una adicción, particularmente las que han afectado al modo en que reciben la asistencia sanitaria.
2. **Funcionamiento del sistema implantado:** Se recogen las referencias a como describen y perciben los participantes el modelo de atención a las drogodependencias a través de la Red de Drogodependencias y el Sistema Nacional de Salud.
3. **Relaciones con los profesionales:** Se incluyen las referencias a las relaciones con los profesionales sanitarios, de la red de drogodependencias, del Sistema Nacional de Salud y resto de profesionales públicos y privados.
4. **Reacciones ante la situación:** Se refiere a las diferentes reacciones o actitudes de los usuarios ante el sistema establecido.

En la Tabla 2 se puede ver la frecuencia de aparición de cada código por participante, y la distribución de estos por cada categoría. En el presente apartado se explican los hallazgos encontrados en cada uno de los códigos poniendo como ejemplos las citas textuales más representativas. Para una mayor comprensión, se ha dividido en cuatro partes, correspondientes a las cuatro categorías principales que se determinaron.

Con la finalidad de evitar que se puedan identificar los usuarios, recursos o profesionales se ha evitado nombrarlos, aunque sea vagamente. Cuando un participante nombra un determinado centro sanitario o un profesional por su nombre o apellido se ha sustituido por unos puntos suspensivos entrecomillados (“...”).

Categoría	Subcategoría	Código	Usuario y citas textuales								Total citas textuales
			1	2	3	4	5	6	7	8	
Consecuencias de la Adicción		Afectación de la adicción	1	1	1	1	1	1	2	1	9
		Deterioro físico	2	1	0	1	1	0	1	1	7
		Enfermedades Infecciosas	3	4	2	0	5	0	0	0	14
		Prejuicio	4	1	1	1	1	0	0	5	13
		Rechazo	4	6	1	0	8	0	0	2	21
Funcionamiento del sistema implantado		Ambiente perjudicial UAD	0	0	3	0	1	0	0	3	7
		Comparación con otros pacientes	0	2	0	0	3	0	0	1	6
		Críticas al funcionamiento interno de la Red	0	0	4	0	0	0	0	2	6
		Desigualdad entre recursos Red	1	0	0	0	0	0	0	0	1
		Discriminación del sistema	0	1	2	0	0	0	0	3	6
		Desconocimiento configuración Red	0	0	0	1	0	0	0	2	3
		Evolución histórica a mejor	0	6	0	0	0	0	0	0	6
Relaciones con los profesionales	Relación médico AP	Denegación de ayuda	2	1	1	4	1	1	5	1	16
		Inadecuados para problemas de drogas	2	1	2	0	1	5	1	4	16
		Red drogas diferencia otros profesionales	1	1	0	1	3	2	1	1	10
		Ocultación a profesionales	0	0	0	0	3	4	1	5	13
		Críticas a profesionales privados	0	6	0	1	1	0	0	1	9
		Excepciones	0	1	0	0	1	0	0	0	2
		Agradecimiento	2	1	0	0	0	1	0	0	4
Reacciones ante la situación		Comprensión o aceptación de la situación	0	0	2	0	0	4	1	0	7
		Reivindicación o crítica	1	1	3	1	1	0	3	1	11
		Resignación a la situación	0	3	0	0	0	0	0	0	3
		Propuestas de mejora	2	2	2	0	1	1	1	4	13

Tabla 2: Frecuencia de códigos por usuarios y categorías

Consecuencias de la adicción

El código de afectación de la adicción contiene referencias de todos los usuarios, generalmente las entrevistas comenzaban planteándoles a los usuarios si el hecho de ser adictos a una sustancia había influido de alguna manera a la hora de recibir asistencia sanitaria. Uno de los usuarios expresaba sus dudas inicialmente, aunque posteriormente si refería haber percibido ser tratado de forma diferente. Otra usuaria, refiere sentir que sí siente que le ha afectado, aunque dejando claro que, en el centro, modo habitual de referirse a la UAD, no es tan evidente.

- *Usuario 7. Pues...no se decirte, al igual sí o igual no, la verdad que no...no me he percatado, ¿sabes? No he llevado la cuenta de si me han tratado mejor o peor por haber..... Alguna vez si percibí que a veces me tratan diferente...*

- *Usuario 5: Sí, en el centro no tanto, pero...*

El resto de los usuarios contestaron de forma muy concluyente que sí consideraban que se habían visto afectados por ser adictos:

- *Usuario 1: Sí sí por estar en la droga, sí, sí, se nota.*
- *Usuario 2: Sí, ha influido, pues por ejemplo...*
- *Usuario 3: A mí, el ser heroinómano me ha afectado toda mi vida, toda...*
- *Usuario 4: Sí, sí, en realidad sí, en el medico de "Centro de Salud" tenía yo...*
- *Usuario 6: Me ha afectado sí porque las drogas son...*
- *Usuario 8: Sí, sí, sí, totalmente. Yo creo que es un estigma que...*

Algunos usuarios han continuado su discurso empleando ejemplos de situaciones en la sanidad en la que han considerado que ser adictos les perjudicó y fueron tratados de forma diferente por ese motivo. Otros usuarios, de forma más genérica, indicaban que el ser adictos les afectaba en todos los aspectos de sus relaciones sociales, no solo en la asistencia sanitaria. Ninguno de los usuarios mostró extrañeza ante el hecho de que se les planteara ser tratados de forma diferente por ser adictos, dando la impresión de ser algo habitual y normalizado, aunque no aceptado. Podemos ver cómo, en algún caso, se intenta explicar de alguna manera las causas o razones de esta situación:

- *Usuario 8: Sí, sí, sí, totalmente. Yo creo que es un estigma que te ponen porque ya desde los años 80 cuando hubo alto consumo de heroína, sobre todo, en la península y tal, tantas muertes y todo, desde los años 80, esa gente se dedicó mucho a robar*

A la hora de expresar las consecuencias que han tenido al ser adictos, siempre negativamente, el código que más referencias agrupó es el del Rechazo. Ha habido usuarios que han empleado directa o indirectamente el término de rechazo:

- *Usuaría 2: primero me sentí incrédula y luego me sentí, me sentí...como rechazada.*
- *Usuario 1: ya, este está en la droga o cualquier cosa..., ¿sabes? Y ya te echan para atrás, eso me he dado cuenta también.*

Más frecuentemente, los usuarios han puesto ejemplo de situaciones en las que sienten que el personal sanitario les rechaza:

- *Usuario 3: ...depende...tú te puedes poner los guantes y yo sentir que es normal que te los pongas...o de la manera en que te los pongas sentir que me estas tratando como un apestado...*
- *Usuaría 2: ...el médico a la que vio el historial médico mío, al momento me dijo: Uy, pues aquí no te podemos operar...*
- *Usuaría 5: entro...saludo normal...hola que tal...pero desde que ya saben lo del VIH o lo digo...pues ya la actitud cambia... ya noto que a lo mejor esta, así como tu conmigo, pero según oye que tengo eso...pues ya se retiran... disimulando...*
- *Usuario 8: y en urgencias... como si fuera una bazofia... pero así...total.*

El rechazo que los usuarios han sentido, o el miedo a ser rechazados, ha hecho que en ocasiones ocultaran al personal sanitario su adicción (más adelante se retomará este hecho):

- *Usuario 8: Tenía miedo que me tratara de forma diferente, y que ...no hiciera tanto caso ...ósea a las peticiones de uno, por ejemplo de pedirle una medicación, de decirle que estas mal, por esto o por lo que sea, ¿sabes?*

Íntimamente relacionado con el rechazo se encuentran los prejuicios, en el código de prejuicio se agruparon referencias textuales de seis usuarios. Se consideraron en este código las citas que expresaban una idea preconcebida sobre el colectivo de los consumidores de sustancias, más que sobre el usuario en particular. Los usuarios hacen referencia a como creen que el personal sanitario tiene prejuicios sobre el colectivo de adictos a las sustancias, estos prejuicios pueden expresar miedo o peligrosidad:

- *Usuario 1: Eso lo he visto yo con mis propias ojos...por la apariencia...a lo mejor miran el estado de la discapacidad mía...y a lo mejor te toman por otra persona más peligrosa que otra, será ¿oíste?... joder...me ponen como si fuera criminal, la gente tiene miedo de mí, cuando soy una persona tranquila...*
- *Usuario 4: Yo creo que los del centro de salud no me quieren atender por donde he estado, en prisión y rollos de esos, saben que consumo, o soy adicto o no sé, nunca lo he entendido.*

También hay comentarios en los que expresan que el personal sanitario les culpa por considerar que malgastan los recursos:

- *Usuaría 2: ...hay un porcentaje...que...piensan que... bueno que... esta por ahí se está haciendo polvo y luego viene aquí a gastar dinero del gobierno y que le atendamos.*

Otros usuarios establecen diferencias entre diferentes tipos de consumidores, considerando la heroína como la sustancia con mayor estigma y estableciendo diferencia entre los que han delinquido y los que no:

- *Usuario 8: el consumo de heroína está mal visto por eso, sobre todo el deterioro físico y a lo que te lleva a hacer en caso de no tener dinero para consumir. En cambio, por ejemplo, la cocaína es una cosa que está más tolerada, más tolerada porque lo consume gente con más dinero, más posibilidades, con puesto de trabajo estables y ...por eso digo que...que te miran de otra manera, te tratan de otra manera...*
- *Usuario 8: pero por eso...solamente por la discriminación de ser drogodependiente, no tengo ningún antecedente... yo nunca he sido un ladrón... yo siempre he trabajado y...y eso.*

Los adictos a sustancias consideran que el aspecto físico, el deterioro, condiciona y es responsable en gran medida del rechazo o el prejuicio que perciben en los sanitarios.

- *Usuario 8: el consumo de heroína está mal visto por eso, sobre todo el deterioro físico*

Entre las características del aspecto físico, la que más frecuentemente consideran como determinante del rechazo y prejuicio es la pérdida de peso:

- *Usuario 1: Te miran un poquito mal...porque te ven un poquito flaquito, ¿sabes?*
- *Usuaría 5: porque cuando me pongo flaquita, cuando estoy gorda porque estoy gorda, cuando estoy flaca ...ay, estas otra vez en la droga....*
- *Usuario 7: no me querían atender...que tenía que ir a "...", porque si...porque les daba a ellos la gana. No sé si por eso, estar flaquito y en la calle, o por qué.*

Otro usuario consideró que los tatuajes le habían influido negativamente:

- *Usuario 4: ...me han dado de largas, la verdad... largas, largas...también porque he metido la pata por los tatuajes y tal*

Cinco de los ocho participantes tenían positividad para la Hepatitis C o para el VIH. De los cinco participantes, todos menos uno, hicieron múltiples referencias a las enfermedades infecciosas como responsables en parte de las consecuencias negativas para la asistencia sanitaria.

- *Usuario 1: Siiii, como la hepatitis y el Sida,... todo eso pues te echan ellos como si fuera un poquito distancia... ¿sabes? Eeehhh... Te rechazan un poquito más que a otros*

compañeros, sí.. eso lo he notado y lo he visto...no porque esta persona tiene el bicho... tal, ten cuidado.

- *Usuaría 5: y por yo tener SIDA ya no se me atiende, ya se echan pa atrás, y cuidado no toques eso, no toques lo otro, siéntate, tal cual.*
- *Usuaría 3: Dice... ¿usted tiene el SIDA? ¿no? ...y me quedépero además lo dijo en alto que lo oyeron la demás gente que había en urgencias...y le dije...*

Una cuestión que se plantea es si en estos casos las percepciones de rechazo son más por ser consumidores de sustancias o por tener una enfermedad infectocontagiosa. Algunos usuarios espontáneamente indicaban que sentían que se debía más por la positividad al virus que por el hecho de ser adicto, aunque ambas cosas estén íntimamente relacionadas:

- *Usuario 3: Desde que tengo el virus, el virus este, sí que me siento discriminado cuando me van a sacar sangre, siempre se ponen los guantes y ese tipo de cosas.*
- *Usuaría 2: Tuve muchos problemas con ginecólogos y dentistas más que por el ser toxicómana por el VIH, viene todo asociado*

Contrariamente, otros usuarios, al preguntarles al respecto, expresaron dudas, considerando que era más el consumo de sustancias que el hecho de tener una determinada enfermedad infecciosa, aunque haciendo referencia de una forma más amplia, no solamente al ámbito sanitario:

- *Usuaría 5: El consumo, el consumo porque con lo que te estaba diciendo... el VIH no lo sabe tanta gente, lo saben gente, se lo suponen, lo piensan, lo tienen en duda, pero en verdad, en verdad, el problema y las humillaciones, los desprecios y todo lo que me hacen es por la vida que tuve y por las drogas.*

Funcionamiento del sistema implantado.

Los consumidores de sustancias y usuarios de la Red de Drogodependencias valoran de una forma negativa el sistema implantado en su conjunto. Una primera cuestión que nos podemos plantear es hasta qué punto los usuarios conocen el funcionamiento de la Red de Drogodependencias y su independencia del Servicio Canario de Salud. Lo cierto es que no se les preguntaba directamente por sus conocimientos, aunque la mayoría de los usuarios aparentaban tener un cierto grado de

conocimiento. Un usuario manifestó desconocer previamente que eran redes independientes:

- *Usuario 8: Yo sabía que estaban subvencionados por el Gobierno de Canarias, pero también pensaba que estaba a unido al al...red medica de canarias, sabes, pensaba que estaba unido, aunque el presupuesto fuera aparte.*

En otros casos, se puede deducir que los conflictos de algunos usuarios con la red sanitaria pública pueden estar motivados por su desconocimiento de la situación de independencia, por ejemplo, al solicitar a un médico de Atención Primaria su historial toxicológico, desconociendo que desde el Servicio Canario de Salud no se tiene acceso al mismo.

- *Usuario 4: le digo que me de el historial porque me mando el neurólogo que le pidiera el historial a la chica y que la chica no, no, no...que no ..que el historial me lo tiene que dar el CAD.*

Las personas con patologías adictivas y que son usuarias de la red de drogodependencias consideran que están en inferioridad de condiciones respecto a los usuarios del SCS por otro tipo de patologías. Son múltiples los comentarios en los que se expresa esta desigualdad percibida, haciendo referencia a la discriminación o al estigma que supone el ser atendido en centros específicos y diferentes. Se hace referencia al hecho de que los usuarios que acuden a un centro específico de drogodependencias son identificados por la sociedad como consumidores, también con el hecho de que ser atendidos en la red sanitaria pública crearía problemas de imagen para el centro sanitario:

- *Usuaría 2: No tendría que haber un sitio especial para los drogodependientes para que no hagan feo en la puerta de el ambulatorio o no tengan mal aspecto en la puerta del ambulatorio, eso es una discriminación.*
- *Usuario 8: Discriminación total y el estigma por los que lo sepan... tú vas al médico de cabecera y no te van a relacionar con ningún tipo de tal... te pueden relacionar con que tengas una enfermedad o que tengas un tratamiento o que vayas porque tienes que ir a una intervención o lo que sea... pero... si vas a "..."... te van a relacionar con las drogas...*

La forma más frecuentemente empleada para expresar la desigualdad es realizando comparaciones con otras patologías tratadas por el sistema sanitario público, generalmente por patologías orgánicas:

- *Usuaria 2: Sí, que se me atendiera en un ambulatorio y que me dieran los botes de metadona en el ambulatorio como le dan insulina a los diabéticos o como....*
- *Usuario 8: ¿Por qué se preocupan por un diabético y no se preocupan por un enfermo... drogodependiente...por ejemplo?*

En algún caso, también se equiparán las adicciones con el resto de las patologías mentales, planteando la necesidad de ser atendidos en una Unidad de Salud Mental:

- *Usuaria 2: Hombre, yo creo que los drogodependientes nos tendrían que tratar en el ambulatorio como tratan al resto de pacientes que tienen cualquier otra patología o como mínimo en el ambulatorio de psiquiatría, ¿me entiendes?*

También el tema de las patologías infecciosas, a pesar de que estas enfermedades sí son tratadas en el sistema sanitario público, aparece en el discurso y las comparaciones:

- *Usuaria 5: No es lo mismo un diabético que una sidosa. Ni normal, ni lógico, ni coherente, todos debemos tener ayuda, sea la que sea, tengas sida, tengas hepatitis, tengas tuberculosis, tengas una gripe, tengas una ceguera, tengas un dolor de oídos, todo es una enfermedad y a las personas hay que tratarlas igual tengan lo que tengan...*

En general, las críticas se refieren al funcionamiento del sistema en su conjunto, con la configuración de los centros de drogodependencias fuera del sistema sanitario público. El trato dispensado específicamente por la Red de Drogodependencias no es valorado negativamente, sobre todo en lo relacionado con los profesionales, que será comentado en el siguiente apartado. Aun así, algunos usuarios sí han expresado aspectos negativos de la Red de Drogodependencias, como la desigualdad entre los recursos de la Red:

- *Usuario 1: Cada centro tiene que tener sus cosas y ..no tiene que ser uno una ONG otro no sé cuánto....todo tiene que ser en común*

También aspectos relacionados con burocracia, como el hecho de tener que ir después de la UAD al médico de AP para la inclusión del tratamiento en la receta electrónica:

- *Usuario 3: Sí, hay un aumento de la burocracia por el sistema que está montado. Esta pastilla, pero porque tengo que ir al CAD y luego al médico de cabecera...y luego...Ya te digo, el suboxone la deje por eso, por la burocracia, muy pesada, siempre lo mismo.*

Otros usuarios hacen referencia a aspectos internos del funcionamiento en las UAD, como el control de las orinas:

- *Usuario 3: Entonces, si tú vas ahí y te pones a ladrar...te dan lo que quieras, si vas normal...no, no te lo dan. Luego se lo tienes que comprar al que ha ladrado, en la calle, ¿sabes? Tener que hacer el test de orina...y es todo mentira... ¿sabes? y luego...yo te voy a dar la de verdad... pues ala...a diario...y el 90% de los demás la llevan ya preparada... ¿sabes? No sé...son esas dos cosas.*

La usuaria con mayor experiencia de asistencia en los centros específicos de drogodependencias hace referencia a la evolución a mejor del sistema:

- *Usuaría 2: Los primeros años no había casi ni CAD, yo empecé con 18 años... en esa época no daban metadona a la gente, había unos pocos CAD que estaban saturadísimos... el trato es mejor ahora. Tuve muchos problemas
Sí, sí, sí, cambios a mejor. Yo me enganche en la época de las olimpiadas a Barcelona,
Sí, sí, ahora ya te atiende el ginecólogo sin problemas, te atienden dentistas sin problemas ya por parte de la rama sanitaria...*

Dentro de los aspectos negativos del sistema implantado, el código que recoge mayor número de citas textuales es el que se refiere al ambiente toxico o perjudicial que se genera en las UAD, con la presencia masiva de usuarios consumidores de sustancias:

- *Usuario 3: que va muchísima gente al CAD del "...” por lo menos, toda la zona norte, es que es eso, y siempre, al verte ahí...es como...quedamos para ir al futbol, pero en vez de quedar para jugar al futbol nos vemos ahí para tomar la metadona y luego ya vamos a hacer lo que queramos hacer...algo así..*
- *Usuario 3: A muchos les perjudica esa manera de juntarse, porque se dejan llevar, sí, sí...y ellos lo han puesto en los carteles. “No se permite estar aquí más de solamente para tomar la dosis e irse” ...pero no...no hacen caso... y por los alrededores de la entrada.*

Una usuaria expresa que una de las motivaciones para desintoxicarse de la metadona es el hecho de poder dejar de ir a la UAD y no continuar relacionándose con otros usuarios consumidores:

- *Usuaría 5: estoy dejando la metadona porque de verdad yo quiero...pero también ¿sabes pa qué? para no ir más al centro ese, pa no ver más a esa gente, para no tener que esperar más a mi turno y ver a todos esa gente....*

Otro Usuario refiere como el hecho de ser usuario de una UAD supone un hándicap a la hora de encontrar o mantener un trabajo:

- *Usuario 8: yo perdí un par de trabajos por verme en "...", porque te veían en "...". ...te veían... entrar al centro y ya iban y ya lo achacan a las drogas...*

Pierdes el trabajo porque te ve un compañero...se lo dice a este otro...y después se entera...el jefe y al final... oye...tú me han dicho que esto, que lo otro, que estas consumiendo, que te vieron aquí, que te vieron allá...

También se identificaron las estrategias que emplean algunos usuarios para no ir a los centros de drogodependencias, principalmente el hacer uso del servicio de metadona en las farmacias:

- *Usuario 8: Yo iba a la farmacia de la avenida "...", allí estuve yendo como 2 años más o menos... para no ir a "..."*

Relaciones con los profesionales

Las relaciones establecidas con los profesionales sanitarios es uno de los temas de los que más hablaron los usuarios y la categoría de análisis que más códigos generó. Por ese motivo, se ha considerado como una categoría propia, no como una subcategoría dentro del funcionamiento del sistema establecido.

Uno de los aspectos más destacables que expresaron los usuarios al referirse a las relaciones con los profesionales sanitarios, es el hecho de que establecían claramente la diferencia entre los profesionales de la Red de Drogodependencias y el resto de los sanitarios públicos y/o privados. Los participantes consideraron que los profesionales de la Red de Drogodependencias les proporcionan un buen trato, sin rechazo o prejuicios.

- *Usuaría 5: Rechazo, sí...en el CAD no, en el CAD de la metadona. .al contrario...al contrario... hay una doctora "... que eso es un amor...después está "...", se sale el psicólogo...al contrario, siempre me han animado... "... lo estás haciendo muy bien... sigue adelante...lo estás haciendo bien...eres fuerte ...estamos orgullosos de ti...en el CAD sí, en el CAD sí.*
- *Usuaría 2: Sí, a mí en los CAD siempre me han tratado bien...*

- *Usuario 6: No me tratan de diferente, en el centro de día superbién... en el CAD siempre me han tratado bien, porque soy educado, nunca he ido con malos rollos ni nada.*
- *Usuario 8: Aquí no he visto ningún tipo de eso, aquí, en la unidad...no.*

Respecto a los profesionales de la red sanitaria pública sí refieren haber percibido actitudes estigmatizantes, siendo frecuentemente comparados de forma negativa respecto a los profesionales de la Red de Drogodependencias:

- *Usuario 7: Yo... en los de drogodependencias no tengo ninguna queja...en los de salud...sí...*
- *Usuario 4: Me tratan mejor en el CAD de "...” que, en ningún lado, que en los médicos.*

Se ha considerado que, dentro de la red sanitaria pública, el profesional de referencia para cualquier usuario debería ser su médico de AP, por lo tanto, la relación con el medico de AP se ha codificado como una subcategoría, dentro de la categoría de relaciones con profesionales. Todos los usuarios han expresado, de una forma u otra, sentir que el medico de AP les ha denegado la ayuda cuando se la han solicitado o manifestar que no se la piden porque saben que se la iban a denegar:

- *Usuario 1: Sí, he pedido ayuda al médico cabecera, y me la han denegado... me la han denegado, porque yo les pido la ayuda de meterme en un centro o cualquier cosa y siempre que no se podía,*
- *Usuario 3: No... fui varias veces a pedirles Valium 10 para poder dormir y me decían que: "ahí tenía la puerta".*
- *Usuario 4: Yo le dije: si yo salí de prisión, salí de todo ya... y a mí me está llevando mi médico...la que me tiene que llevar eres tú...y que no, que no, que no...Me tuve que volver a apuntar al CAD porque ella tampoco me llevaba nada...*
- *Usuario 7: ¿El médico de cabecera? Sí, me dijo que fuese al CAD.*
- *Usuaría 2: No porque yo sé que no, no, no,...no me iban a dar ayuda. Me iban a decir que eso tengo que ir a unos sitios especializados en eso para pedir ayuda. No, no, yo sabía que eso era así.*
- *Usuaría 5: No le pido ayuda, porque...es buena y tal...pero pienso que no me va a ayudar...no...no...no...porque me quiso mandar unas pastillas que no...yo no...además ella se implica, pero...se implica en cuanto a lo que yo le digo... mándame algo... pero ya en esas cosas...yo tampoco le digo.*

Los participantes consideran además que los médicos de AP no están preparados o no son adecuados como profesionales para atender sus problemas relacionados con la adicción:

- *Usuario 6: El médico de cabecera es un médico de cabecera...y en el CAD hay psicólogos, médicos bien estructurados, que saben más de eso, han estudiado para eso...el médico de cabecera se suele ocupar de otros temas.*
- *Usuaría 5: ...médico de cabecera...nunca he hablado con ella de drogas...voy al médico porque a lo mejor me duele la cabeza o porque necesito un parte de baja o...*
- *Usuario 8: Yo intenté diferenciar lo que es el especialista de un médico de cabecera, y el médico de cabecera no tenía por qué saber..ósea..para mí no tenía por qué saber que yo consumía, porque yo tenía por otro lado mi tratamiento con mi doctor como especialista, ¿entiendes?
Yo con el CAD ya trataba todos los problemas de la droga, el médico de cabecera... una gripe... una contractura...un dolor de cabeza...*

Una particularidad, que podríamos llegar a considerar como consecuencia de la inadecuada relación con los profesionales sanitarios, es el hecho de ocultar su trastorno adictivo a otros profesionales sanitarios. Esta ocultación de información se puede realizar intencionadamente, por pensar que le tratarían diferente de saberlo o por vergüenza:

- *Usuario 8: ... yo al médico de cabecera nunca le dije que consumía, nunca se lo dije.. no, no...nada... si se lo hubiera dicho...yo nunca se lo dije.. yo tenía mi especialista y yo nunca se lo dije al médico de cabecera.
Nunca he tenido problemas porque no lo he dicho, pensaba no... yo estaba seguro que me iba a tratar diferente, que lo iban a achacar a eso y que me iba a tratar diferente, eso yo estaba seguro.*
- *Usuario 6: Yo procuraba ocultar que estaba con metadona, pero en el barrio se sabe todo... lo ocultaba con vergüenza más bien. No es porque pensara que me iban a tratar mejor o peor, yo creo que los médicos están para eso, para curar y para ser responsables de sus actos, para eso son médicos.*

Mientras que algunos usuarios hacen todo lo posible por evitar que los sanitarios conozcan su proceso adictivo, en otros casos, los usuarios omiten la información, dejando que los profesionales sanitarios lo supongan o sólo se lo dicen si se les pregunta directamente:

- *Usuaría 5: La médico de cabecera...nunca he hablado con ella de drogas...
Me imagino que mi médico de cabecera sabe que consumo drogas, claro, es la doctora de mi padre, de mi madre, sabe que mi hija esta con mis padres...*
- *Usuario 6: Si me preguntan si he tenido algo sí le digo, sino no..*

La ocultación de la información no se produce exclusivamente con los médicos, uno de los usuarios explicó como solicitaba recoger la metadona en una farmacia lejos de su domicilio, evitando hacerlo en su farmacia habitual:

- *Usuario 8: Yo fui a la de la Avenida "...” porque yo vivo en "...” entonces no iba a pedir ¿sabes? a los que les voy a comprar las medicinas normalmente...
Claro, no quería yo,, que me relacionaran con las drogas...aunque lo supieran... aunque lo supieran...yo no quería que las personas que yo veo cada semana o cada dos semanas por la medicación de mi madre supieran...*

El fenómeno de la ocultación de la información a los profesionales sanitarios no se presenta sistemáticamente y de la misma forma en todos los usuarios, algunos sí refieren informar a los sanitarios, aunque reconociendo haberlo ocultado en otras ocasiones o sólo contarlo en algunos casos:

- *Usuario 7: Yo nunca lo ocultaba, yo descubrí hace mucho tiempo que a los médicos no se les miente. Al principio puede que sí. No que lo ocultase, sino que no me lo preguntaran...*
- *Usuario 8: Al único que se lo dije fue al médico de cabecera que tuve durante 20 años por lo menos, que se jubiló... yo sabía que le quedaba poco para jubilarse y se lo dije.*

Los usuarios también recogieron aspectos relacionados con profesionales privados y personal no estrictamente sanitario, las experiencias percibidas son principalmente negativas, con rechazo y prejuicio. Las enfermedades infecciosas también están presentes, siendo frecuentemente el motivo de rechazo por dentistas o esteticistas.

- *Usuaría 2: ...me mandaron a una clínica de esas concertadas del seguro y el médico a la que vio el historial médico mío, al momento me dijo: Uy, pues aquí no te podemos operar...*
- *Usuaría 2: Cuando iba al dentista, el dentista me costó un montón encontrar un dentista que me atendiera teniendo VIH y aun así siempre me dejaba para el final...*
- *Usuaría 5: “levántate” ...me quitó de mala gana las alpargatillas esas y “sales de este establecimiento” “¿Cómo es que teniendo SIDA tu vienes a decirme que te haga una*

pedicura? Me dio tanta vergüenza, tanta vergüenza...que tuve que agachar la cabeza, e irme llorando...

Por último, al hablar de los profesionales sanitarios, los usuarios generalmente hacían diferencias, no sólo con los profesionales de la Red de Drogodependencias como se comentó anteriormente, sino también matizando y expresando que se han encontrado en la sanidad pública con profesionales sanitarios que consideran que les han atendido correctamente.

- *Usuaría 5: no todos, no todos... no todos, especialmente hablo de la que me trata a mi ahora, he tenido médicos fabulosos.*
- *Usuario 1: ...al contrario, otros han ayudado...*
- *Usuaría 2: ...sí afecta, no todos, pero hay un porcentaje...que....*

Reacciones ante la situación

Comenzamos el apartado reflejando que la totalidad de los usuarios que participaron en el estudio consideraron que el ser adictos a una sustancia condicionaba de alguna manera la manera en la que eran tratados por los sanitarios. El sistema implantado es valorado negativamente por la mayoría de los usuarios, y la relación con los profesionales frecuentemente insatisfactoria, con situaciones de rechazo, prejuicio y ocultación del hecho de ser adictos. Ante esta situación, la mayoría de los usuarios exponían una actitud crítica o reivindicativa:

- *Usuario 1: Pero en verdad, en verdad...no me han gustado...las cosas que han pasado.*
- *Usuaría 2: Siempre he pensado que esto es así, que es una injusticia.*
- *Usuario 7: voy hecho polvo con un dolor, a ver si me dan algo por el mono que tengo o por el dolor que tengo y que no me hagan ni caso....tampoco lo veo muy...normal, no sé si será normal o no....pero....para mí no lo es....
Impotencia...impotencia o rabia. Claro, porque no te ayudan, dicen... el CAD. No quieren, se desentienden o que... no se sus razones.*
- *Usuario 8: Sentimiento de discriminación, discriminación total, pero por el sistema...claro... total...el sistema no se preocupa por ti... ¿entiendes lo que te quiero decir?*

Aunque algunos usuarios matizaban esta crítica con parte de comprensión por la situación:

- *Usuario 3: Es que es muy difícil, muy difícil...porque...todos los yonquis son mentirosos. No vas a encontrar uno que te diga la verdad.*
- *Usuario 3: Las farmacias deberían dar la metadona, entiendo que sean reacias.. claro...sí...complicado...*
- *Usuario 3: Sí... sí..yo lo entiendo..si a mí me toca por ejemplo cuando voy beberme el vasito de metadona, estoy esperando y el que esta delante digo...madre mía.. cómo puede soportar, como puede aguantar estas chicas... la que le está dando la metadona a esta persona.. a este personaje.. de las cosas que le está diciendo... o como se está comportando ¿no?*

Una usuaria que se mostró especialmente crítica con el sistema implantado, al mismo tiempo expresaba resignación al mismo, considerando que no se puede cambiar y las pocas posibilidades que tiene un adicto de luchar contra el sistema implantado:

- *Usuaría 2: Yo pienso que eso está montado así y que no lo van a cambiar,*
- *Usuaría 2: No puedo hacer nada, una persona toxicómana tiene tantos problemas por resolver en su vida que no puede...*

Respecto a las cosas que cambiarían, preferencias o propuestas de mejora, algunos usuarios hacen propuestas generales en las que piden unificar criterios, trato más empático y menos discriminación:

- *Usuario 1: todo tiene que ser en común y ayudar a las personas que realmente lo necesiten... ¿Sabes? Nunca tienen que discriminar a nadie, sino ayudarla, tanto sea una persona que este muy metida, o se esté metiendo o que sea nuevo.*
- *Usuaría 5: eso está en ellos...que sean más... que tengan un poquito más de tacto... sobre todo empatía, empatía, que se pongan en lugar de las personas. Muchas veces no, no lo hacen, te recetan, te despachan y ,.....como Poncio Pilatos...*

También algunos usuarios hacen referencia a la necesidad de separar a la gente, relacionado con el ambiente perjudicial que para ellos supone ir a un centro masificado de consumidores:

- *Usuario 3: Yo...no tengo ni idea...pero... intentaría separar...eh...separar... a la gente.*

Aunque lo considerado más relevante es que mayormente los usuarios han expresado que les gustaría ser atendidos por profesionales de la sanidad pública, al igual que son atendidos otros pacientes de otras patologías.

- *Usuario 8: vería mejor que estuvieran... que fueran... que no fueran ONG subvencionadas, sino que fueran de la red sanitaria, porque la red sanitaria te cubre mejor las necesidades que una ONG.
¿Cómo lo mejoraría yo? yo haría que fuera el médico de cabecera el que te hiciera la receta, te tomara una analítica a ver si estas consumiendo, no estas consumiendo...*
- *Usuario 8: Yo lo tengo claro, yo desde el primer día que fui al centro de "...” yo le dije que si podía hacerlo en el médico de cabecera...y me dijeron que no...*
- *Usuaría 2: Hombre, yo creo que los drogodependientes nos tendrían que tratar en el ambulatorio como tratan al resto de pacientes que tienen cualquier otra patología o como mínimo en el ambulatorio de psiquiatría, ¿me entiendes?*
- *Usuario 3: debería de ser de otra manera... no sé...prescripción médica en el hospital...y que te dieran un taloncito y una vez a la semana pasas por la farmacia que sea...y que te den la metadona...no lo sé...de la manera que lo hacen no me gusta.*

5. Discusión

Con la finalidad de facilitar la comprensión del presente apartado, realizaremos la discusión de los hallazgos encontrados empleando las categorías establecidas en el proceso de codificación. Asimismo, al igual que en apartados anteriores, como marco de referencia para discutir los aspectos éticos emplearemos los principios de la bioética establecidos por Beauchamp y Childress ⁸⁴.

Las instituciones sanitarias y los profesionales sanitarios hace mucho tiempo que se han dado cuenta de la necesidad de normalizar la atención a las personas que consumen drogas. Son muchos los trabajos que en diferentes sistemas sanitarios han puesto en evidencia que se produce una disfunción en la asistencia, estigmatización, pérdida de derechos, marginación y deterioro de la asistencia en general^{61,62,64,74}. La propia OMS reconoció la necesidad de normalizar la atención sanitaria al drogodependiente⁹⁰. Hemos visto como en el ámbito del presente trabajo, la Red de Drogodependencias de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, la situación no es mejor. La cartera de servicios comunes del SNS establece que entre los servicios de atención especializada, específicamente dentro de la salud mental, se incluye el diagnóstico y tratamiento de las conductas adictivas⁸⁸, sin embargo, los consumidores de drogas son separados de la red asistencial del Servicio Canario de Salud (SCS). La red de drogodependencias se encuentra configurada mayormente por una serie de ONG privadas, aunque subvencionadas, que no son equiparables en funcionamiento y recursos que los centros públicos del SCS. Son escasos y poco comparables los trabajos que hemos podido encontrar que aborden el funcionamiento de la Red de Drogodependencias de Canarias desde un punto de vista sanitario o desde la perspectiva del usuario⁷⁸. Desde el punto de vista ético y legal se ha planteado que el modelo implantado en Canarias incumple la normativa autonómica y estatal, así como las recomendaciones de la OMS y de la ONU, produciéndose una alteración del derecho a la salud³².

La cuestión inicial es si los propios usuarios drogodependientes son conscientes de la situación, y la conclusión en el presente trabajo es que sí. Todos los participantes en el trabajo contestaron de forma concluyente que consideraban que ser adictos a una sustancia afectaba al modo en que recibían asistencia sanitaria, y además no les pareció sorprendente la pregunta. Pareciera como si los propios usuarios de drogas tengan asumido que ser adicto a una sustancia implica ser marginado y separado del habitual sistema sanitario público. ¿Cuáles son las razones por las que una persona acepta ser

tratado en inferioridad de condiciones que otras que tienen un problema de salud diferente? Hemos visto como los participantes en el estudio indicaban que una persona que consume drogas tiene tantos problemas que no puede luchar por sus derechos, también como otros asumían la situación con resignación, seguramente se ha prolongado tanto en el tiempo que la sociedad y las propias personas afectadas han llegado a aceptarlo. Íntimamente relacionado con la aceptación o resignación a la situación se encuentra el concepto de auto estigma. El concepto de auto estigma y su presencia entre los consumidores de drogas ha sido descrito por otros autores^{67,74,75}. El auto estigma supone la aprobación de una serie de estereotipos negativos relacionados con el uso de sustancias, siendo un problema frecuente entre las personas consumidoras⁶⁷. Esta situación se convierte en un círculo vicioso, donde la persona adicta no se resiste al estigma, desarrollando sentimientos de culpa, vergüenza, disminuyendo la autoestima y aumentando la marginación^{67,74}. No obstante, el principio bioético de justicia implica que la salud es un derecho humano fundamental, y debe ser proporcionado de forma equitativa por la sociedad o el estado, no esperando que sea el propio individuo el que luche por alcanzar lo que en justicia le corresponde. Los usuarios de drogas son estigmatizados y tratados de forma diferente a otros enfermos. Independientemente de que sean más o menos conscientes de la situación y de que la acepten o no, el deber de la sociedad es tratarlos de forma justa y equitativa.

¿Qué consecuencias tiene en la asistencia sanitaria el ser una persona adicta? Desde la perspectiva de los usuarios de la Red de Drogodependencias dos son los conceptos que más se han reflejado: Rechazo y Prejuicio. El rechazo se entiende como las actitudes de los profesionales y las instituciones que tienen como objeto el separar, marginar o distanciar a las personas que tienen una patología adictiva, y que los participantes han experimentado de forma individual. Con prejuicio nos referimos a las opiniones preconcebidas que asignan unos determinados estereotipos a los consumidores de drogas en general, y que los participantes han percibido que existen en los profesionales e instituciones. Los consumidores de drogas se sienten rechazados cuando ven que los sanitarios les tratan de manera diferente, se niegan a atenderlos en centros o consultas privadas o lo hacen de forma diferente a como tratan al resto de las personas. Según la perspectiva de los consumidores de drogas, los prejuicios quedan de manifiesto cuando dan por hecho que, por ser adictos a las drogas son unas personas peligrosas, delincuentes o malgastadores de recursos públicos. La existencia de actitudes estigmatizantes, prejuicios y rechazo entre los profesionales e instituciones sanitarias es un aspecto sobre el que se ha reflexionado abundantemente^{62,64,74,75,78}. Algunos trabajos han descrito como los profesionales sociosanitarios ven molestos a

este tipo de personas con tendencia a etiquetarlos antes incluso de escucharlos o verlos por primera vez, hay profesionales que los consideran un estorbo, que suponen costes para el sistema sanitario o que carecen de voluntad para superar su enfermedad. Este tipo de conductas depende entre otras muchas razones del grado de especialización y formación del profesional^{64,75}. Adicionalmente, los profesionales sanitarios reconocen que el trato despectivo y estigmatizante hacia las personas que consumen drogas retrasa la búsqueda de tratamiento y dificulta la alianza terapéutica lo que implicaría un mayor deterioro de su salud y peores consecuencias por el consumo. Las actitudes negativas de los profesionales supondrían una barrera adicional para acceder a los servicios de promoción y tratamiento de la salud^{62,64}. Es decir, que estas actitudes le estarían causando un daño a las personas consumidoras, entrando directamente en conflicto con el principio de no maleficencia, principio que debería guiar todas las actuaciones realizadas por los profesionales sanitarios.

En nuestro trabajo, y desde la perspectiva de los usuarios, también hemos evidenciado como las relaciones inapropiadas con los profesionales de la red sanitaria pública tienen unas consecuencias negativas en la relación terapéutica y presumiblemente en la salud de las personas. El fenómeno de ocultación de la información resulta especialmente preocupante. Los usuarios de drogas ocultan a otros profesionales sanitarios que están consumiendo, generalmente por miedo a ser peor tratados si lo dicen. Inclusive pueden ocultar durante años estar incluido en un PMM. Los riesgos y consecuencias para la salud que pueden tener las personas por ocultar información son evidentes, viéndose comprometido nuevamente el derecho a la salud.

Especialmente relevante es la relación que los usuarios del SNS deben mantener con su médico de AP, profesional de referencia que debe ser el canalizador de todos los problemas de salud de la persona. Sin embargo, los propios consumidores de drogas no los consideran adecuados para su problema, se sienten maltratados por ellos, sienten que les han denegado la ayuda cuando se la han pedido o les ocultan la información de ser consumidores por temor a perder la relación terapéutica. Este resultado es coherente con trabajos realizados desde la perspectiva de los médicos de AP, donde reconocen ser conscientes de la escasa implicación que tienen en la atención de las drogodependencias^{76,77}

Los usuarios consideran que el trato recibido por los profesionales de la Red de Drogodependencias es mejor que el que le dispensan otros profesionales públicos y privados. Es una situación que ha sido descrita de forma inversa, desde la perspectiva de los profesionales, es decir que, los sanitarios especializados en atender a las

personas consumidores de sustancias refieren menos actitudes estigmatizantes que los menos formados y especializados⁶⁴. Por el contrario, los profesionales sanitarios de la sanidad pública, no especializados en drogodependencias, son evaluados negativamente por los usuarios. Es de suponer que en caso de que la atención a las drogodependencias fuera asumida por la sanidad pública lo sería por profesionales altamente cualificados y especializados, por lo que la experiencia de los usuarios sería menos negativa.

Dos factores que podemos considerar consecuencias del trastorno adictivo y al mismo tiempo causa de mayor estigmatización son el deterioro físico y las enfermedades infecciosas. Los participantes consideran que el deterioro físico, especialmente verse con pérdida de peso es un factor determinante para que los profesionales sanitarios los identifiquen o los relacionen como usuarios de drogas. No hemos encontrado muchas referencias de otros trabajos en relación con el modo en que los profesionales identifican a los consumidores de sustancias. Una particularidad es que algunos profesionales evitan abordar el tema, y suelen emplear la consulta de la historia clínica en lugar de contrastar esta información con la persona⁶⁴. Llamativamente, esta estrategia no suele ser empleada con otros pacientes, sino que suelen identificar a las personas que consideran posibles consumidoras por determinados aspectos en la forma de vestir o de hablar, así como apariencia de deterioro físico ⁶⁴.

Las enfermedades infecciosas son una realidad asociada al uso de las sustancias, especialmente con el empleo de la vía endovenosa en los heroinómanos. Las altas prevalencias del virus de la hepatitis C y del VIH entre los consumidores de sustancias hacen que los profesionales sanitarios asocien inevitablemente ambas condiciones, aspecto ampliamente estudiado⁶¹. En nuestro trabajo, hemos visto como los participantes perciben que el estigma por estas enfermedades, particularmente el VIH, llega a ser mayor que el causado por el consumo de sustancias. Este hallazgo no resulta sorprendente, ya que otros autores han detectado numerosas evidencias en todo el mundo de que estas personas son estigmatizadas con denegación de los tratamientos de reducción de daños o discriminaciones en el acceso a los tratamientos retrovirales, llegando a suponer una violación de los derechos humanos⁶¹.

Respecto al funcionamiento del sistema implantado en su conjunto, los participantes en el estudio lo valoran de forma muy negativa. Se comparan constantemente con otras personas que padecen enfermedades crónicas, como pueden ser los diabéticos, y no entienden porque a ellos no se les trata de la misma manera. Llama la atención el hecho de las escasas referencias que han hecho a la desigualdad

de recursos y funcionamiento entre los centros de atención a las drogodependencias de la Comunidad Autónoma, con algunas islas sin atención específica y con diferentes ONG de referencia, probablemente esté relacionado con que cada usuario conoce su situación en particular sin tener una visión global del conjunto de la red. Como único elemento positivo a reseñar es la perspectiva de una evolución a mejor, en comparación con el funcionamiento del sistema en los momentos de la epidemia de la heroína, cuando realmente se había producido un colapso del sistema sanitario.

Otro aspecto llamativo han sido las múltiples referencias de los usuarios en relación con el daño producido por un ambiente perjudicial en las UAD. Los participantes expresan como una de las motivaciones para intentar desintoxicarse de la metadona es no tener que continuar acudiendo regularmente a un centro de dispensación. Otros usuarios hablan de las relaciones perjudiciales que se establecen, y que favorecen el consumo de otras sustancias. Ciertamente, los usuarios de la Red de Drogodependencias se ven obligados a acudir a unos centros determinados, generalmente masificados, e identificados como recursos específicos para drogodependientes. La confidencialidad de la situación e identidad de cada individuo se ve claramente comprometida, siendo comprensible que algunos usuarios manifiesten que una de las consecuencias del sistema es la posibilidad de llegar a perder el trabajo por ser identificado como consumidor de drogas. En el sistema establecido en Canarias, cuando una persona refiere a un profesional sanitario tener un problema adictivo, la respuesta habitual del profesional es decirle que pida cita y que acuda a un centro de adictos, ni siquiera podemos hablar de derivación al no existir un protocolo implantado entre SCS y Red de Drogodependencias. Es decir, que se le remite a una red específica donde inevitablemente será estigmatizado como drogodependiente, se relacionará con otros usuarios consumidores y se enfrentará a una situación administrativa y burocrática diferente. Tal y como otros autores han considerado, desde un punto de vista bioético, ser diagnosticado como drogodependiente supone un conflicto ético con todos los principios de la bioética comprometidos⁷⁹⁻⁸².

Una de las intervenciones terapéuticas que mayor debate genera son los tratamientos de mantenimiento con metadona. Ya hemos comentado en apartados previos como algunos autores⁸² consideran que supone un conflicto con el principio de no maleficencia y no es éticamente aceptable que un profesional sanitario ayude a mantener una adicción. No obstante, los usuarios incluidos en PMM demandan que la metadona se debería dispensar libremente en las farmacias, con una receta médica y de manera similar a otros tratamientos farmacológicos. Se supone que uno de los objetivos de los PMM es permitir que las personas puedan normalizar su vida y

reinsertarse en la sociedad al no tener que seguir dependiendo de conseguir una dosis diaria de una sustancia ilegal. Sin embargo, les obligamos a acudir diaria o semanalmente a un centro de dispensación, llegando al caso de aplicar medidas coercitivas o sanciones en el caso de incumplimiento del PMM. La posibilidad de recibir la metadona en las farmacias es una posibilidad demandada que tan solo se encuentra disponible para algunos usuarios al no estar todas las farmacias adheridas a este servicio. Esta situación supone que los usuarios no son tratados de la misma manera y equitativamente respecto a otras personas que requieren otros tratamientos farmacológicos, no cumpliéndose por lo tanto el principio bioético de justicia.

Ante el conjunto de situaciones descritas en el presente apartado, los usuarios suelen reaccionar de forma crítica o reivindicativa, son conscientes de la injusticia que se está cometiendo con ellos. Emplean argumentos apropiados al comparar su situación con la de otros enfermos crónicos, como son las adicciones. Sin embargo, también muestran resignación e impotencia, sienten que no pueden cambiar el sistema establecido y en algunos casos muestran comprensión al aplicarse a sí mismos los estereotipos negativos asociados al auto estigma. Las propuestas de mejora son en consonancia con los defectos que han detectado, piden ser mejor tratados, sin rechazo o prejuicios, modificar el sistema de las UAD o el procedimiento de dispensación de metadona, pero lo más relevante es que mayoritariamente piden ser tratados en el sistema sanitario público en igualdad de condiciones que el resto de las personas que tienen un problema de salud.

Son múltiples las referencias que hemos encontrado a nivel de leyes y planes de actuación de las administraciones, tanto estatales como autonómicas, que reconocen el derecho de las personas con un trastorno adictivo a ser tratadas por el Sistema Nacional de Salud. Son también numerosos los trabajos realizados por profesionales donde se pone de manifiesto que no se está cumpliendo este derecho y que la atención prestada presenta deficiencias. Sin embargo, al menos en la Comunidad Autónoma de Canarias, no se han apreciado, ni se pueden prever a corto plazo, cambios sustanciales en el modelo de atención a las personas.

La perspectiva de los propios usuarios implicados ha supuesto un enfoque poco habitual, aunque los resultados son en consonancia con los que se ha obtenido en otros estudios realizados con profesionales. Consideramos que el presente trabajo ha puesto de evidencia, una vez más, las deficiencias desde el punto de vista legal y ético que tiene la atención que se está prestando a las personas que sufren un problema adictivo,

especialmente en lo referido al derecho a la salud, equidad y principio bioético de la justicia.

6. Conclusiones

1. En la provincia de Santa Cruz de Tenerife, las personas con un trastorno adictivo son tratadas de forma diferente y no equitativa respecto al resto de las personas con un problema de salud crónico, desde el punto de vista bioético el principal conflicto surge con el principio de justicia.
2. En la legislación y planes de actuación a nivel estatal y autonómico se reconoce el derecho de las personas con un trastorno adictivo a ser tratados de forma equitativa y la necesidad de normalizar el modelo actual de atención sanitaria. Sin embargo, no se han producido ni se prevén cambios en el modelo actual.
3. Los usuarios de la Red de Drogodependencias son conscientes de que están siendo de tratados de forma no equitativa y mantienen una postura reivindicativa y crítica ante la situación. No obstante, también se encuentran sentimientos de impotencia, resignación y autoestigma.
4. Los usuarios de la Red de Drogodependencias valoran de forma negativa el sistema implantado en su conjunto. La principal demanda es ser atendidos en igualdad de condiciones que el resto de los enfermos por el sistema sanitario público.
5. Las personas con un trastorno adictivo sienten que los profesionales sanitarios les tratan con rechazo y prejuicios, especialmente en la sanidad pública.
6. Los usuarios consideran que los profesionales de la red de drogodependencias les tratan mejor que los sanitarios no especializados en la asistencia a las personas que consumen drogas.
7. Las actitudes percibidas como estigmatizantes de los profesionales hacia las personas que consumen drogas son mayores cuando hay presencia de enfermedades infecciosas asociadas, especialmente el VIH.
8. El deterioro de la relación terapéutica con los profesionales sanitarios tiene riesgos y consecuencias para la salud de las personas, como es el ocultar información a los profesionales y no considerarlos adecuados para su problema de salud.

7. Bibliografía

1. Orden de 20 de mayo de 2011, por la que se dispone la publicación del III Plan Canario sobre Drogas (2010-2017). Boletín Oficial de Canarias, nº 116, (14 de junio de 2011).
2. Quintero J. Estudio descriptivo del usuario de la Unidad de Desintoxicación del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias: treinta años de evolución (1987-2016). [Tesis Doctoral]. Elche: Universidad Miguel Hernández; 2017.
3. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Heroína. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones; 2009. Informes de la Comisión Clínica.
4. de la Fuente L, Brugal MT, Domingo-Salvany A, Bravo MJ, Neira-León M, Barrio G. More than thirty years of illicit drugs in Spain: a bitter story with some messages for the future. Rev Esp Salud Publica. 2006;80(5):505-20.
5. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1986. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1987.
6. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2024. Minist Sanidad, Serv Soc e Igual [Internet]. 2017;69. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf
7. Sanvisens A, Rivas I, Faure E, Muñoz T, Rubio M, Fuster D, et al. Características de los pacientes adictos a la heroína admitidos en un programa de tratamiento con metadona. Med Clin (Barc). 2014;142(2):53-8.
8. Dole VP, Nyswander M. A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction. Clinical Trial With Methadone Hydrochloride. Jama [Internet]. 1965;193:646-50. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14321530>
9. Fernández-Miranda J. Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. Una revisión de los resultados de los estudios de evaluación. Med Clin (Barc) [Internet]. 2001;116(4):150-4. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775301717538>
10. San Molina L. Programas de mantenimiento con metadona ¿una opción terapéutica?. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 1991; 15 (5) 113-121.
11. Vidal-Casero M. Deshabitación de opiáceos. OFFARM. 2002;21(1):94-102.
12. Markez I, Póo M. Observatorio Vasco de drogodependencias. Drogodependencias: Reducción de Daños y Riesgos. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2000. Disponible en: http://www.gizaetxe.ejgv.euskadi.net/r40-2177/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/Drogodependenciasriesgos.pdf
13. Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos. Boletín Oficial del Estado, nº 20, (23 de enero de 1990).
14. Portal Plan Nacional sobre Drogas [Internet]. [citado 16 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/>
15. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones; 2007. Informes de la Comisión Clínica.

16. Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias. IV plan Canario sobre Adicciones (2020-2024). Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias; 2020. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?>
17. Observatorio Español de la Droga y de las Toxicomanías. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2013. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas;2015. Informe EDADES 2013.
18. Comas D. La trayectoria vital y la experiencia terapéutica de los adictos a drogas ilegales en Castilla-La Mancha. FISCAM. Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha; 2004.
19. Comas D. El Proceso de Incorporación de las Drogas, sus Representaciones y Respuestas Sociales en España. [Monografía en internet]. Universidad de Teruel; 2001. Disponible en: <http://www.fundacioncsz.org/Publicaciones.php>.
20. Rodríguez M, Moreira M, Bustos T, Simon D. PANAP (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica : un organismo público para la asistencia psiquiátrica durante la dictadura de Franco (1939-1975). En: V Jornadas Internacionales de Historia de Psiquiatría y Salud Mental. Coimbra; 2015.
21. Torres M, Santodomingo J, Pascual F, Freixa F, Álvarez C. Historia de las adicciones en la España contemporánea. Madrid: Socidrogalcohol; 2009.
22. Romani O, et al. Los Estudios sobre las Drogas en España en la década de los ochenta: hacia un modelo de interpretación. Barcelona: IGIA; 1995.
23. Sánchez Niubó A, Domingo-Salvany A, Gómez, J, Brugal MT. Estimación de la incidencia de consumo de drogas. Gac Sanit 2005; 19(1) 98.
24. De la Fuente L, Barrio G, Vicente J, Bravo MJ, Santacreu J. The impact of drug-related deaths on mortality among young adults in Madrid. Am J Public Health. 1995;85(1):102-5.
25. Ortí RM, Domingo-Salvany A, Muñoz A, Macfarlane D, Suelves JM, Antó JM. Mortality trends in a cohort of opiate addicts, Catalonia, Spain. Int J Epidemiol 1996;25:545-53.
26. Coordinación Interministerial para la ejecución del Plan Nacional Sobre Drogas. Real Decreto 1677/1985, de 11 de septiembre. Boletín Oficial del Estado, nº 226, (20 de septiembre de 1985).
27. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1992. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
28. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2018. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020.
29. Trinidad A, Martín-Lagos M, Fernández M. La atención institucional a las toxicomanías en España: Evaluación diagnóstico de los planes autonómicos sobre drogas. Adicciones. 2004;16(2):123-41.
30. Pedreira Crespo V, Sánchez Pardo L, Carrera MacHado I. Normalización de la atención sanitaria al drogodependiente. Trastor Adict. 2011;13(4):129-34.
31. Gobierno de España. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Bol Of del Estado [Internet]. 1986;1-24. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499%0Ahttps://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
32. Aguilar I. Dependencias de las Drogodependencias hacia las políticas de subvenciones en Canarias. Legislación y problemática. Rev Patol Dual. 2015;2(3).
33. Alonso MF. Las políticas de prevención de drogodependencias en las comunidades autónomas españolas : debilidades y fortalezas. Papers. 2008;153-78.
34. Vega P, Szerman N, Roncero C, Grau-López L, Mesías B, Barral C, et al. Recursos y

- Necesidades Asistenciales en Patología Dual. Madrid: Sanidad y Ediciones SL; 2015.
35. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Madrid: Ministerio del Interior; 2000. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012_2013.pdf
 36. Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel Adicciones. [Internet]. Acceso febrero 2021. Disponible en: <http://www.sanmigueladicciones.org/>.
 37. El Ayuntamiento de Santa Cruz restaura el monumento a Dácil Vilar Borges en la plaza 1º de Mayo. El Día. Lunes 20 de enero de 2014.
 38. Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD). [Internet]. Acceso marzo 2021. Disponible en: <http://antad.es/>.
 39. Pérez del Río F. Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010.
 40. Granero Salas Y, Heras Prieto R, Padilla Barrales V, Pedrero Lanero P, Sainero Garcia FJ, Santos Fernández JR, et al. Proyecto Hombre: El Modelo Bio-Psico-Social En El Abordaje De Las Adicciones Como Marco Teórico [Internet]. Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre; 2015. Disponible en: <http://proyctohombre.es/wp-content/uploads/2011/11/MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LAS-ADICCIONES-APH.pdf>
 41. Asociación Proyecto Hombre. [Internet]. Acceso febrero 2021. Disponible en: <http://proyctohombre.es/proyecto-hombre/>.
 42. Fundación Canaria CESICA. Proyecto Hombre Canarias. [Internet]. Acceso febrero 2021. Disponible en: <http://www.proyctohombrecanarias.com/>.
 43. Proyecto Hombre Canarias. Fundación Canaria CESICA. Informe 2015: Santa Cruz de Tenerife; 2016. Disponible en: <http://crm.org.mx/PDF/INFORMES/INFORME2014.pdf>
 44. Asociación Palmera para Prevención y Tratamiento de Toxicomanías. Cabildo de La Palma. [Internet]. Acceso febrero 2021. Disponible en: <http://www.cabildodelapalma.es>.
 45. Cáritas Diocesana de Tenerife. Proyecto Drago. [Internet]. Acceso febrero 2021. Disponible en: <http://www.caritastenerife.org/proyectos/drago.html>.
 46. Caritas Diocesana de Canarias. [Internet]. Acceso marzo 2021. Disponible en: <https://caritas-canarias.org/proyecto-esperanza/>.
 47. Mahtani Chugani V, Axpe Caballero MA, Serrano Aguilar P GCI, Fernández-Vega E. Metodología para incorporar los estudios cualitativos en la evaluación de tecnologías sanitarias. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2006.
 48. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Publica. 2002;76:423-36.
 49. Amezcua M, Guirao AC. Investigación cualitativa en España : Análisis de la producción bibliográfica en salud. Index Enferm. 2000;28-29.
 50. Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Lib Rev Psicol. 2007;13:71-8.
 51. Mathani V. Estudio cualitativo sobre la percepción del beneficio y del riesgo de ansiolíticos y antidepresivos en los usuarios [Tesis doctoral]. La Laguna: Universidad de La Laguna; 2010.
 52. De La Cuesta Benjumea C. Estrategias Cualitativas Mas Usadas En El Campo De La Salud. Nure Investig [Internet]. 2006;25:1-4. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3D59+ESTUDIO+>

53. Alvarez-Gayou Jurgenson JL. *Cómo hacer investigación cualitativa*. México DF: Editorial Paidós; 2003.
54. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick: AldineTransaction; 1967.
55. Taylor S, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Ediciones Paidós; 1987.
56. Dias J, Gomes IM, Ribeiro M, Camargo T, Catafesta F, Bernardino E. Uso del software NVIVO en una investigación con Teoría Fundamentada. *Index de Enfermería*. 2016;25(4).
57. Lage M. Os softwares tipo CAQDAS e a sua contribuição para a pesquisa qualitativa em educação. *ETD - Educ Temática Digit [Internet]*. 2011;12(2):42-58. Disponible en: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/etd/article/view/1187>
58. Vilardell Balasch M, Hernández Sánchez D, Molina Mula J, González Trujillo A, Gelabert Binimelis A. La atención sanitaria relacionada con el consumo de drogas en un contexto de crisis económica. *Index de Enfermería*. 2015;24(1-2):54-8.
59. Navarro Gomez N, Trigueros Ramos R. Stigma in mental health professionals: A systematic review. *Psychol Soc Educ*. 2019;11(2):253-66.
60. Kelleher S. Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users. *Accid Emerg Nurs*. 2007;15(3):161-5.
61. Jürgens R, Csete J, Amon JJ, Baral S, Beyrer C. People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet [Internet]*. 2010;376(9739):475-85. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60830-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60830-6)
62. Van Boekel LC, Brouwers EPM, Van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug Alcohol Depend [Internet]*. 2013;131(1-3):23-35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
63. López J, Montalban M, Castaño A, Carnicero E, González A. ¿Existen instrumentos válidos para medir actitudes profesionales frente al drogodependiente? *Evidentia*. 2012;9(39).
64. Otálvaro AFT, Vallejo GAC, Escobar SMR, Gallón VV, Giraldo ICO. Estigma social de profesionales de la salud hacia personas que usan drogas. *Psicol em Pesqui*. 2019;13(1):22-32.
65. Deans C, Soar R. Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia: The experience of mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005;12(3):268-74.
66. Brener L, von Hippel W, Kippax S. Prejudice among health care workers toward injecting drug users with hepatitis C: Does greater contact lead to less prejudice? *Int J Drug Policy*. 2007;18(5):381-7.
67. Abeldaño RA, Gallo V, Burrone MS, Fernández AR. Estigma internalizado en consumidores de drogas en Córdoba, Argentina. *Acta Investig Psicológica*. 2016;6(2):2404-11.
68. Brener L, von Hippel W, von Hippel C, Resnick I, Treloar C. Perceptions of discriminatory treatment by staff as predictors of drug treatment completion: Utility of a mixed methods approach. *Drug Alcohol Rev*. 2010;29(5):491-7.
69. Curtis J, Harrison L. Beneath the surface: Collaboration in alcohol and other drug treatment. An analysis using Foucault's three modes of objectification. *J Adv Nurs*. 2001;34(6):737-44.

El estudio de investigación titulado: “**Acceso a los recursos sanitarios de los usuarios de la Red de Drogodependencias de la provincia de Santa Cruz de Tenerife**”, versión 1, de 1 de marzo de 2021, con código CHUC_2021_26, del que es Investigador Principal D. JESÚS MANUEL QUINTERO FEBLES, ha sido evaluado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Provincia de Santa Cruz de Tenerife) en su sesión del **25/03/2021**, y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Protocolo con los objetivos del estudio.

El procedimiento para obtener el consentimiento informado, incluyendo la hoja de información para los sujetos y el consentimiento informado, **versión 1, marzo 2021**, es adecuado.

La capacidad del Investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio y no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Por todo ello, el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Provincia de Santa Cruz de Tenerife) emite dictamen **FAVORABLE** para la realización de este estudio en el Hospital Universitario de Canarias.

Secretaria Técnica del CEIm
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:	
CONSUELO MARIA RODRIGUEZ JIMENEZ - F.E.A. FARMACOLOGIA CLINICA	Fecha: 29/03/2021 - 13:44:37
En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc?codigo_nde= puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente: 0-H2ih9uQPZoFdm7GcFj7aURcFRgz7iDy	 
El presente documento ha sido descargado el 29/03/2021 - 13:47:47	

Anexo 4: Hoja información al paciente

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE (Versión 1, marzo 2021)

TÍTULO DEL ESTUDIO: Acceso a los recursos sanitarios de los usuarios de la Red de Drogodependencias de la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Jesús Quintero Febles, enfermero especialista salud mental del Hospital Universitario de Canarias. jquinter@ull.edu.es

CENTRO: Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del CHUC. Tf 922678131.

INTRODUCCION

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación correspondiente.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad conocer la experiencia de los usuarios que acceden a la Red de Drogodependencias de la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Consiste en una entrevista abierta, en la que se pedirá su opinión sobre el acceso a los recursos sanitarios, a través de los servicios públicos o ONGs de la Red de Drogodependencias.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 30-60 minutos, en una única sesión, y sus respuestas serán grabadas. El único objetivo del presente estudio es conocer de primera mano la experiencia de los usuarios, con la finalidad última de poder mejorar la asistencia en un futuro. El presente trabajo no interfiere ni tiene ninguna relación con su proceso terapéutico.

El trabajo se realizará durante los meses de abril-mayo-junio de 2021, y se espera recoger la opinión de unos 20-30 usuarios.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a la aplicación de del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD), por lo que es importante que conozca la siguiente información:

- Además de los derechos que ya conoce (acceso, modificación, oposición y cancelación de datos) ahora también puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted. ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, dirijase al investigador principal del estudio. Le recordamos que los datos no se pueden eliminar aunque deje de participar en el estudio para garantizar la validez de la investigación y cumplir con los deberes legales y los requisitos de autorización de medicamentos. Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho/

- Tanto el Centro como el Promotor y el Investigador son responsables respectivamente del tratamiento de sus datos y se comprometen a cumplir con la normativa de protección de datos en vigor. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no se incluya información que pueda identificarle, y sólo su médico del estudio/colaboradores podrá relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a ninguna otra persona salvo a las autoridades sanitarias, cuando así lo requieran o en casos de urgencia médica. Los Comités de Ética de la Investigación, los representantes de la Autoridad Sanitaria en materia de inspección y el personal autorizado por el Promotor, únicamente podrán acceder para comprobar los datos personales, los procedimientos del estudio clínico y el cumplimiento de las normas de buena práctica clínica (siempre manteniendo la confidencialidad de la información).

El Investigador y el Promotor no están obligados a conservar los datos recogidos para el estudio tras su finalización, serán mantenidos y tratados por el tiempo estrictamente necesario. Posteriormente, su información personal solo se conservará por el centro para el cuidado de su salud y por el promotor para otros fines de investigación científica si usted hubiera otorgado su consentimiento para ello, y si así lo permite la ley y requisitos éticos aplicables.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Tal y como exige la ley, para participar deberá firmar y fechar el documento de consentimiento informado.

El investigador principal de este estudio en este centro es el Dr Jesús Quintero Febles. Si durante la realización de este estudio le surge alguna cuestión relacionada con el puede consultar con el Dr Jesús Quintero del Servicio de UHTD del Hospital Universitario de Canarias, en el número de teléfono 922 678131