

Los servicios sociales como marco de actuación para los programas de reducción de daños

Fernando Fantova
Consultor social
www.fantova.net

Conferencia dentro del Symposium “El modelo de reducción de daños. Lo aprendido de la heroína”, organizado por el Instituto de Drogodependencias de la Universidad de Deusto el 6 de noviembre de 2008, enriquecida tras el diálogo mantenido.

Publicada en LAESPADA, M.T. e IRAURGI, I. (eds.) (2009): *Reducción de daños. Lo aprendido de la heroína*. Bilbao, Instituto Deusto de Drogodependencias, pp. 85-99.

Introducción

Abordo esta conferencia como alguien que no pertenece a la comunidad de personas interesadas e implicadas en la investigación e intervención sobre drogodependencias y que se presenta por un momento ante ella con el fin de hacer una aportación y participar en una reflexión sobre los servicios sociales como marco de actuación para los programas de reducción de daños. Por lo tanto, no realizo esta intervención, en absoluto, por lo que pueda saber sobre reducción de daños (que, dicho sea de paso, es bien poco) sino por lo que pueda aportar sobre los servicios sociales, a la hora de intentar desbrozar o iluminar en alguna medida la cuestión que se apunta en el título.

Parto de la base de que los servicios sociales, en nuestro entorno, están viviendo un especial momento de desarrollo y cambio que en el País Vasco se va a expresar y, a la vez, dinamizar, en alguna medida, por la previsiblemente próxima aprobación de una nueva ley vasca de servicios sociales. Ello hace posiblemente oportuno compartir información y valoraciones al respecto, como una aportación más para que las personas y organizaciones implicadas en el estudio y actuación en relación con las drogodependencias desde distintos

ámbitos puedan, en su caso, repensar y recalibrar la contribución de los servicios sociales para dicha labor y particularmente, en este caso, para lo que tiene que ver con la reducción de daños.

Será obligado que inicie la conferencia explicitando brevemente lo que entiendo que son los programas de reducción de daños para pasar después a extenderme sobre mi visión y análisis acerca de la configuración y despliegue de los servicios sociales, de modo que podamos terminar comentando en qué sentido y en qué medida los servicios sociales pueden constituir un marco para los mencionados programas, en el marco de la actuación en materia de drogodependencias.

Casi al comienzo, en todo caso, debo señalar que la cuestión que voy a abordar es de aquellas que tiene un carácter instrumental y una importancia relativa. Desde el punto de vista de la persona destinataria de la acción pro bienestar (tenga esta carácter sanitario, educativo, social, económico u otro...) carece seguramente de importancia cuál sea la política sectorial, el marco institucional o el ámbito de actividad desde el que se le ofrecen unas determinadas prestaciones o apoyos. Tal cuestión tiene interés, sin embargo, para las personas con responsabilidades técnicas, organizativas o políticas que están llamadas a diseñar y articular las respuestas de la mejor manera posible.

Debo confesar, sin embargo, que tal cuestión instrumental de importancia relativa tiene para mí un interés estratégico, en la medida en que considero que los servicios sociales, pese a su importancia y ubicuidad padecen una suerte de invisibilidad, desdibujamiento y desestructuración que les resta parte del impacto que podrían tener en la calidad de vida y el bienestar de la ciudadanía. De ahí que haya aceptado con especial satisfacción la invitación a compartir estas consideraciones o reflexiones con ustedes.

Los programas de reducción de daños en el marco de la intervención en relación con las drogodependencias

He hecho algunas averiguaciones documentales hasta formarme una cierta idea acerca de los programas de reducción de daños. Entiendo que cuando hablamos de reducción de daños estamos considerando tanto la minimización de efectos negativos actuales como la reducción de daños potenciales o de riesgos (y en el extremo la muerte). Por ello asumo también que se puede decir que la reducción de daños tiene un carácter paliativo pero también, por ejemplo, preventivo o educativo. Por otra parte entiendo que hablamos de todo tipo de daños y riesgos, es decir, daños y riesgos para la salud (como la infección por el VIH, la hepatitis B y C y la tuberculosis, que fueron los más considerados inicialmente) pero también daños y riesgos de otro tipo (económico, relacional... incluyendo el riesgo de exclusión social), tanto de la persona que consume drogas como de otras que pudieran verse afectadas por su comportamiento o situación (Grup Igia *et al.*, 2002: 51). Veo que se contemplan tanto los daños y riesgos directos como los indirectos (Valverde, 2003: 355).

Según se ha señalado, el concepto de reducción de daños fue acuñado a partir de experiencias que tuvieron lugar en Liverpool, Amsterdam y Rotterdam en los años ochenta (Grup Igia *et al.*, 2002: 49) realizadas desde un marco conceptual pragmático y humanitario, en clave de respeto y promoción de la autonomía de las personas. Los programas de reducción de daños nacen en buena medida enfocados hacia los segmentos poblacionales (fundamentalmente personas heroínómanas) con salud más deteriorada, en situación de mayor exclusión social y más renuentes o resistentes a la utilización de los programas o alternativas planteadas con anterioridad. Entiendo que tal grupo poblacional destinatario se ha reducido numéricamente pero en absoluto ha desaparecido, a la vez que se ha ido viendo que los programas de reducción de daños eran útiles para otros segmentos de consumidoras y consumidores, incluso de sustancias legales... A lo largo de la historia de estos programas, viejos y nuevos consumos interactúan de forma diversa y cambiante con unos u otros problemas de salud, con diferentes situaciones económicas, con viejas y

nuevas formas de exclusión relacional, familiar, social... (pensemos, por poner un solo ejemplo, en la creciente población inmigrante).

Entiendo que puede haber programas o servicios en los que la reducción de daños sea el objetivo o dimensión principal, sin embargo cabe comprobar que el enfoque o estrategia de reducción de daños puede estar presente en actuaciones o intervenciones articuladas en torno a otros conceptos o ideas como prevención, asistencia, inserción... En el continuo abstinencia-experimentación-consumo moderado-consumo problemático-problema adictivo, los programas o intervenciones de reducción de daños estarían, al parecer, más indicados cuanto más nos acercamos al problema adictivo (Gobierno Vasco, 2006: 62).

Podría decirse que adoptar la estrategia de reducción de daños supone aceptar en alguna medida la dificultad de aspirar, al menos a corto plazo, a que la persona se abstenga de consumir sustancias que le perjudican. El enfoque o la estrategia de reducción de daños parece suponer, al menos en algún grado y en comparación con otras, una mayor aceptación por parte de los agentes de intervención de la situación de la persona, una mayor flexibilidad por parte de los servicios de atención, una mayor búsqueda proactiva (*outreach*) de las destinatarias y destinatarios de la intervención, una mayor personalización de la intervención...

De una revisión de la literatura sobre experiencias de reducción de daños se obtiene que ésta puede conseguirse mediante muy diversos apoyos o prestaciones, como: información; educación para la salud; asesoramiento o acompañamiento para aumentar la autonomía de las personas; sensibilización; mediación; evaluación de sustancias; suministro de sustancias sustitutivas (como la metadona) o no sustitutivas; puesta a disposición de infraestructuras o recursos materiales (como intercambio de agujas) para el consumo de sustancias; supervisión profesional del consumo; intervención para desencadenar cambios los entornos físicos, familiares y comunitarios de las

personas; intervención por pares (amigas o amigos, personas que han sido adictas...); tratamiento médico; tratamiento psicológico; tratamiento psiquiátrico; tratamiento farmacológico; vacunación; análisis y seguimiento médico; cuidados de enfermería; ayuda en el cuidado personal; intervención de calle; formación...

Al parecer, la evolución de las intervenciones de reducción de daños ha llevado a que éstas vayan ampliando el abanico de sus destinatarias y destinatarios, objetivos, estrategias, agentes y contextos de actuación. Según el Grup Igia *et al.*, las experiencias internacionales demuestran que lo que ha venido funcionando es un conjunto de acciones articuladas llevadas a cabo desde diferentes estructuras y ámbitos (Grup Igia *et al.*, 2002: 50). En nuestro entorno, tal como se comentó en el Symposium, los programas de reducción de daños se han creado en gran medida desde la iniciativa social apoyándose en financiación recibida desde el sistema sanitario y desde el de servicios sociales.

En todo caso, en términos generales, da la impresión de que frente a una situación o percepción inicial en la que hablar de reducción de daños era hablar de un determinado tipo de programas o servicios de carácter principalmente sanitario para hacer frente a unos riesgos o daños muy acotados de unas poblaciones muy específicas, se ha ido considerando o configurando la reducción de daños como un enfoque o estrategia que puede o debe permear un amplio rango de intervenciones desde muy diversos ámbitos para abordar diversos daños y riesgos de cada vez más segmentos poblacionales (con diversidad generacional, de consumos, de orígenes, de situaciones de salud, de situaciones familiares o relacionales...). Posiblemente esa evolución ha tenido que ver con una corriente general en el ámbito de la política e intervención social en la cuál hemos comprendido la complejidad e interrelación de los fenómenos sociales y el carácter procesual, estructural y dinámico de los procesos de desarrollo e inclusión social (Subirats, 2008: 52).

Los servicios sociales en el marco de la acción pro bienestar

En este apartado voy a intentar compartir mi análisis y visión sobre lo que son los servicios sociales y sobre el momento que están atravesando en nuestro entorno y el encuadre y las perspectivas que percibo en ellos, de modo que pueda pensarse, por parte de las personas más comprometidas en la atención a la problemática de las drogodependencias, la incardinación e impulso en su seno de las políticas de reducción de daños que se acaban de presentar sucintamente. En las siguientes páginas, en buena medida, voy a retomar, resumir o reelaborar partes de un libro que he publicado recientemente (Fantova, F., 2008: *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Bilbao, Instituto de Derechos Humanos de la Universidad de Deusto). A él, y a otros documentos presentes en www.fantova.net, me remito para ampliar los contenidos y referencias que aquí se ofrecen.

Desde mi punto de vista, por decirlo con una expresión gráfica y quizá demasiado sintética, los servicios sociales en nuestro entorno se encuentran ante la oportunidad de configurarse como el cuarto pilar del sistema de bienestar, junto a los pilares más consolidados y reconocidos de la sanidad, la educación y la garantía de ingresos. Dicho de otra manera, que deberemos matizar, los servicios sociales podrían dejar de ser *asistencia social* y pasar a ser, verdaderamente, servicios sociales.

Específicamente en España y en lo que tiene que ver con el marco legislativo, los servicios sociales se encuentran, en este tramo final de la primera década del siglo XXI, en un momento especial de transformación que se expresa y representa de forma singular en una serie de cambios legislativos (incluyendo la aprobación, a finales de 2006, de la ley española sobre autonomía y dependencia y, en lo que nos afecta más de cerca, la próxima aprobación de la nueva ley vasca de servicios sociales) cuyo Leitmotiv o mascarón de proa sería el reconocimiento del derecho subjetivo (y por lo tanto exigible incluso ante los

tribunales) a los servicios sociales y, consiguientemente, la configuración, mejora y robustecimiento de sistemas públicos de servicios sociales.

Estos cambios legislativos, a mi entender, vienen reclamados, en buena medida por un crecimiento del sector que, a su vez, es consecuencia del tirón de la demanda por fenómenos como el envejecimiento de la población y el incremento de las situaciones de dependencia funcional, la incorporación de más mujeres al mercado laboral y la modificación de las estructuras y dinámicas familiares, las nuevas precariedades en el ámbito de las identidades y los vínculos relacionadas con la situación de las personas frente al mercado laboral o de la vivienda, los nuevos y crecientes movimientos migratorios... Cambios sociales a los que se responde intentando fortalecer los sistemas públicos de servicios sociales mediante una definición más precisa (y deseablemente más abarcadora) de las y los titulares del derecho, mediante el establecimiento de catálogos de prestaciones y servicios, mediante instrumentos de gestión pública que articulen los sistemas públicos de servicios sociales, mediante sistemas de concertación que estabilizan el aporte de la iniciativa social, mediante una regulación (y, ojalá, reducción) de la participación de las personas usuarias en la financiación de los servicios...

Desde mi punto de vista, en todo caso, para que esta operación de construcción de los servicios sociales como un verdadero pilar del sistema de bienestar sea viable y sostenible, no bastaría con que, desde las políticas públicas, se proceda a una garantía jurídica de unos determinados derechos o a una apuesta presupuestaria que nutra y fortalezca los sistemas públicos de servicios sociales. Existe, a mi entender, una condición previa y fundamental que es la de que los servicios sociales, como rama o ámbito de actividad, puedan identificar un objeto de verdadero interés universal, es decir una necesidad social o un tipo de necesidades sociales al que, por otra parte, responderían con una serie de actuaciones suficientemente basadas en la evidencia.

Creo que se puede decir que el conjunto de la que podríamos denominar *acción pro bienestar*, en su despliegue y desarrollo histórico, se ha ido configurando y estructurando en grandes ámbitos o ramas de actuación, cada una de las cuales se vincula a un bien protegible universalmente necesario: la salud (para la sanidad), el aprendizaje (para la educación)... Entiendo que esta regla se cumple, justamente salvo en la rama de garantía de ingresos, precisamente porque sería la *política de cierre* (o, si se prefiere, el *comodín*) que permitiría, mediante la entrega de dinero, que la persona destinataria pudiera adquirir *en el mercado* aquellos bienes o servicios que no ha obtenido mediante ninguna de las otras ramas o sistemas (bajo el supuesto de que en el mercado se podrá encontrar algún satisfactor que corresponda a la necesidad en cuestión).

Me parece esclarecedor distinguir entre estas políticas o sistemas *verticales*, vinculado cada uno de ellos a una necesidad universal y los sistemas o políticas *transversales* que, valiéndose de los diferentes sistemas verticales, se ocupan de cuestiones como la diversidad funcional, la inclusión social, la vida familiar, la igualdad de género... De hecho la eventual intervención a favor de un determinado colectivo o de una determinada situación problemática (con políticas preventivas, de promoción, antidiscriminación, de acción positiva u otras) debiera considerarse, a mi juicio, una actuación transversal a los diferentes sistemas verticales.

Pues bien, como recuerda Demetrio Casado, los servicios sociales actualmente existentes, aunque como rama identificable se constituyen en España tras la Constitución de 1978, deben reconocer como antecedente y pariente a instituciones como la Beneficencia (pública y también la privada), la Asistencia Social o la Seguridad Social, como también deben hacerlo otras ramas de actividad (como la sanitaria, la educativa o la de garantía de ingresos), pues tales instituciones no se definían o definen tanto por el contenido técnico de su actividad como por el criterio de selección o incorporación de las destinatarias y destinatarios (Casado, 2007b: 112).

Tanto en España como en otros países ha sido frecuente la conceptualización y configuración de la Asistencia Social por oposición a la Seguridad Social, entendiéndose ésta como el sistema *normalizado* de protección social en clave, básicamente, contributiva y aquélla como la institución residual para quienes, por no poder *contribuir*, quedarían fuera de la cobertura de la Seguridad Social. Ello ha conducido, en muchos casos, a una consideración peyorativa del concepto *asistencia* en el ámbito de los servicios sociales y, en ocasiones, de la política social. Ello se torna problemático porque en los servicios sociales, como en otras ramas de la acción pro bienestar, se ha de hacer, sin duda, asistencia (que no asistencialismo).

Entender los servicios sociales en clave de asistencia social supondría admitir que no tienen un objeto específico y un contenido propio sino que más bien se definen por dar respuesta a casi cualquier necesidad, siempre y cuando ésta se presente en los que podríamos denominar *colectivos vulnerables*. Para esas personas los servicios sociales aportarían, en ese modelo, cualquier bien, responderían a cualquier necesidad, de modo que los servicios o políticas de educación, sanidad, empleo, vivienda... podrían, consiguientemente, desentenderse de los colectivos vulnerables, pues ya se encargarían de éstos los servicios sociales.

Por ello, el movimiento de construcción de los servicios sociales como cuarto pilar requiere en el terreno conceptual, a mi entender, identificar la necesidad social a la que los servicios sociales dan respuesta o el bien que buscan proteger o promover. Mi propuesta personal es la de considerar la *interacción humana* como el bien protegible, la finalidad específica, la necesidad de referencia para los servicios sociales. Y propongo definir la interacción como el ajuste dinámico entre la capacidad de desenvolvimiento autónomo de la persona en sus entornos vitales y el apoyo social disponible a través de los vínculos familiares, convivenciales, comunitarios o relacionales en general. Propongo la palabra interacción porque permite hacer referencia tanto a lo que

la persona *hace* como al apoyo o ayuda que *recibe* gracias a los vínculos *naturales* que mantiene.

Desde mi punto de vista, entendemos y ubicamos mejor lo que son los servicios sociales si notamos que lo que les interesa no es la autonomía personal (o dependencia funcional) como tal. Ni tampoco, como tal, la integración relacional (los vínculos familiares o comunitarios de carácter informal). Lo que interesa es el ajuste dinámico entre autonomía personal e integración relacional en cada contexto y momento del ciclo y el proyecto vital de cada persona. De hecho, si nos escoramos mucho por el lado de la autonomía personal, nos encontramos con la intervención sanitaria o educativa (claves para alcanzarla, mantenerla o recuperarla) y si nos vamos mucho por el lado de la integración comunitaria llegando a lo que llamaríamos *inclusión social*, nos encontramos fácilmente en el ámbito del empleo, la vivienda, la garantía de ingresos... Sin embargo, sin escorarse para ninguno de los lados, hay un ámbito propio y consistente, central para los servicios sociales, formulable en positivo y con sentido universal: el de la interacción humana.

Entiendo que el concepto de interacción humana permite rescatar y reubicar la corriente principal de lo que los servicios sociales han venido haciendo y hacen, han venido consiguiendo y siguen consiguiendo. Nos permite superar definiciones de los servicios sociales como respuesta a todas (o muchas de) las necesidades de algunos tipos de personas y delimitarlos en la respuesta a unas determinadas necesidades de todas las personas. Nos permite ubicar el tipo de consecuencias que desencadenan o deben desencadenar los servicios sociales. Y, por tanto, el valor añadido específico o diferencial de los servicios sociales, aquél por el que se justifica y legitima su existencia como rama diferenciada dentro de la acción pro bienestar.

Posiblemente son una serie de cambios sociales los que nos permiten y, en cierto modo, nos llevan a ver los servicios sociales de esta manera:

- La lucha y el progreso de colectivos vulnerables cuya atención se consideró en algún momento propia de una rama o sistema específico (como los servicios sociales), que han reivindicado y van ejerciendo el derecho a que todas las ramas o sistemas (educación, vivienda, empleo...) sean universalmente accesibles, de modo que se supera la concepción según la cual hay ramas o sistemas *normalizados* (sanidad, educación...) y una rama o sistema *especial* (los servicios sociales) para los colectivos vulnerables que no pueden ser atendidos o son excluidos por las ramas o sistemas normalizados.
- Cambios sociales como el incremento de las situaciones de dependencia funcional o la diversificación de los procesos de exclusión social que han hecho que determinadas necesidades que se consideraban excepcionales o, en todo caso, propias de *poblaciones de riesgo*, vayan siendo asumidas como propias o probables por parte de más amplias capas de la ciudadanía, en un contexto de fragmentación y recombinación de los segmentos poblacionales anteriormente existentes en función de ejes diversos de género, étnico, generacional, funcional, familiar, cultural, laboral, económico... Determinados riesgos sociales (o necesidades de apoyo), relacionados con la autonomía personal y la integración relacional, que se habían considerado tradicionalmente como privados, particulares, especiales, minoritarios... empiezan a verse como colectivos, sociales, públicos, compartidos...
- Correlativamente se va comprobando que muchas medidas y prestaciones que se consideraban específicas para determinados segmentos poblacionales se revelan beneficiosas para el conjunto de la población, de modo que apoyos considerados como excepcionales se van extendiendo y generalizando a una creciente diversidad de situaciones...
- El hecho de que determinados *bienes relacionales* (más específicamente, *apoyo social*) (Gracia, 1997) que proporcionaban, básicamente, las mujeres en las redes familiares y comunitarias (y de forma gratuita) vayan escaseando, al menos en el formato y la proporción en que se encontraban en las sociedades tradicionales, hace que se echen de menos, se visibilicen

y sean nuevamente (y crecientemente) valorados en una sociedad en la que se incrementan los procesos de cambio, flujo y movilidad familiar, convivencial, laboral, hacia las ciudades, entre países...

En este contexto me parece plausible definir los servicios sociales como aquellos que se ocupan de prevenir, paliar o corregir disfunciones o problemas en el ámbito de la interacción humana, es decir, del ajuste entre autonomía personal e integración comunitaria. O, dicho de otra manera, aquellos servicios que se encargan de promover el mejor ajuste posible entre la capacidad de cada persona para desenvolverse autónomamente y el soporte social disponible en sus redes familiares y comunitarias. Dicha labor se basará en un *diagnóstico social* que permita establecer el estado de esa interacción de la que hablamos y los factores relacionados con ese estado, algunos de los cuales serán abordables desde los servicios sociales y otros no, tal como pasa cuando las otras ramas de actividad hacen un diagnóstico o evaluación de la situación de sus destinatarias y destinatarios.

No quiero decir, ciertamente, que la situación económica, de empleo o de vivienda de las personas (por poner algunos ejemplos) dejen de interesar a los servicios sociales, sino que es capital que éstos, como cada una de las ramas de la acción pro bienestar, distingan con claridad cuáles son los fenómenos o variables sobre los que tienen y deben tener una incidencia más directa (y una información, por tanto, más exhaustiva) y cuáles son los factores o situaciones sobre las que su incidencia es indirecta (y, por tanto, su necesidad de información menor). A mi juicio, los servicios sociales (como los sanitarios o educativos, por ejemplo) necesitan saber sobre la situación económica, de empleo o de vivienda de la persona, sí, pero en la medida en que dicha situación está relacionada con la situación de la interacción de la persona, es decir, con la situación de ajuste entre su autonomía personal e integración relacional.

A partir de esta definición del objeto de los servicios sociales, se ha de entender que éstos proporcionan unas prestaciones o brindan unos apoyos que responden a esa necesidad o finalidad específica que se ha propuesto para los ellos. Por mi parte, propongo denominar prestaciones (o apoyos) a los recursos que la persona destinataria recibe o a las actividades en las que, directamente, participa. Frecuentemente varias prestaciones se combinan, a modo de *ingredientes*, para formar *paquetes* estandarizados que denominamos servicios. Propongo denominar, por tanto, servicio a un conjunto articulado de varias prestaciones o apoyos relativamente reconocible como unidad organizativa o de actividad a los ojos de las personas destinatarias.

Como ejemplos de prestaciones o apoyos que pueden considerarse típicos o característicos de los servicios sociales señalaría, por ejemplo: asistencia personal, acompañamiento social, mediación, habilitación, intervención familiar, intervención comunitaria... En esos paquetes que hemos denominado servicios, junto a estos apoyos o prestaciones propias o típicas de los servicios sociales podemos encontrar otros dos tipos de prestaciones o apoyos:

- Apoyos o prestaciones propias o típicas de otras ramas de la acción pro bienestar. Así, por ejemplo, hay servicios de la rama de los servicios sociales en los que se brindan cuidados de enfermería, psicoterapia, fisioterapia, logopedia, actividades ocupacionales, formación para el empleo...
- Apoyos o prestaciones complementarias como, por ejemplo, la alimentación, el transporte o la ayuda doméstica. Se trata de prestaciones muchas veces imprescindibles para que, en determinados servicios, puedan brindarse las prestaciones técnicas propias de los servicios sociales. Del mismo modo que en un hospital (de la rama sanitaria) se ofrece alimentación para poder realizar la intervención propia de la sanidad, en un servicio residencial (de servicios sociales) se brinda alimentación para poder realizar la intervención propia de los servicios sociales: asistencia personal, acompañamiento social...

Precisamente la coexistencia de apoyos o prestaciones propias de los servicios sociales y de otras ramas es lo que nos permitirá hablar de servicios sociosanitarios, socioeducativos, sociolaborales... Al menos en teoría dichos servicios habrán de ubicarse en la rama a la que correspondan las prestaciones que tienen más peso en el servicio. Ello no excluye que, de forma más o menos coyuntural, por diferentes razones (estratégicas, humanitarias...) se pueda asumir desde los servicios sociales brindar más prestaciones no propias o típicas que las que aconsejaría el enfoque conceptual que proponemos. No debemos olvidar que en las fronteras (muchas veces *tierra de nadie*) entre ramas o sistemas se producen, en muchas ocasiones, situaciones de desprotección y vulneración de derechos especialmente invisibles y preocupantes...

Por otro lado, junto a esas actividades que denominamos prestaciones y que la persona usuaria recibe, tienen lugar otras actividades, de gestión de la unidad organizativa prestadora de servicio, que son imprescindibles para que los servicios funcionen. Las actividades de gestión de la unidad son similares en las diferentes ramas de actividad, es decir, no sirven para caracterizar la rama de actividad. Así, por ejemplo, la contabilidad que se realiza en un centro de día (de la rama de los servicios sociales) o en un taller de reparación de automóviles puede ser muy similar, mientras que no lo son las actividades operativas, la *cadena básica de valor* que caracteriza al mencionado taller y al citado centro de día.

A mi entender, por tanto, el proceso de universalización y estructuración de los servicios sociales desde lo jurídico y lo económico y el proceso de reconceptualización y desarrollo técnico de los servicios sociales se necesitan y alimentan mutuamente. Creo que nos encontramos en un momento en el que determinados cambios sociales, desarrollos institucionales y voluntades políticas pueden permitir avanzar en ambos procesos a la vez. Entiendo que el

proceso de clarificación de lo que es propio de los servicios sociales, el proceso de reconocimiento de cuál es su objeto específico debe permitir:

- Identificar y potenciar el valor añadido técnico y relacional específico de los servicios sociales y su contribución fundamental para las políticas e intervenciones transversales.
- Resituar y recordar la función de los otros pilares del bienestar (sanidad, educación, empleo, vivienda...) en relación con los colectivos vulnerables y las políticas e intervenciones transversales.
- Revisar y mejorar los conceptos y herramientas de coordinación (socio sanitaria, socioeducativa, sociolaboral...) entre ramas, entendiendo que cada rama (servicios sociales, educación, sanidad...) tiene su contenido propio y ninguna de ellas está más obligada que las otras a la coordinación, transversalidad, integralidad...
- Incrementar la capacidad y sostenibilidad del conjunto del sistema de bienestar o protección social, ordenando mejor su estructura y dinámica interna y mejorando su capacidad de activación de las capacidades y responsabilidades personales, familiares, comunitarias...

Los servicios sociales como marco para los programas de reducción de daños

A partir de lo dicho hasta el momento, terminaría esta intervención intentando enhebrar alguna consideración acerca del sentido y la medida en que esos servicios sociales en situación de cambio que hemos dibujado constituyen o pueden constituir un marco para los programas de reducción de daños.

En primer lugar diría que, a mi entender, el enfoque de reducción de daños, en la versión amplia y transversal que se ha presentado con anterioridad es de total aplicación en el ámbito de los servicios sociales y en muy diferentes tipos de servicios de carácter ambulatorio, domiciliario, comunitario, diurno, residencial... Un buen ejemplo son los denominados servicios de baja exigencia en los que el aporte principal son prestaciones propias de los

servicios sociales (asistencia personal, acompañamiento social, intervención comunitaria...) junto a otras complementarias o propias de otros sistemas (alimentación, alojamiento...)...

También entiendo que tienen cabida en el ámbito de los servicios sociales programas de reducción de daños más enfocados a la dimensión sanitaria, siempre y cuando en los correspondientes servicios, por el perfil de las personas destinatarias, hubiera una importante necesidad y presencia de esos apoyos o prestaciones que hemos considerado típicas o características de los servicios sociales. Si no fuera así y lo que predominara fuera el componente sanitario, lo lógico sería, desde mi punto de vista, que dichos servicios sociosanitarios se ofrecieran desde el ámbito sanitario. Un ejemplo de este tipo de servicios que encuadraría en el ámbito sanitario es el de las salas de consumo supervisado (Munduko Medikiak, 2008).

Por otra parte, a este respecto conviene señalar que la existencia de servicios integrados de carácter sociosanitario, es decir, de servicios con un componente importante de apoyos o prestaciones propias de los servicios sociales y de prestaciones o apoyos propios de los servicios sanitarios no es la única ni la principal fórmula para dar respuesta a la presencia significativa de necesidades relacionadas con ambos ámbitos en las mismas personas. En la mayor parte de los casos, se responde a dichas situaciones mediante mecanismos de coordinación entre los servicios sociales y los servicios sanitarios sin necesidad de crear servicios sociosanitarios.

Y a la hora de abordar la cuestión de la coordinación entre ramas o sistemas, desde la apuesta por el fortalecimiento, universalización y mejora de los servicios sociales, creo que hay que desestimar cualquier alternativa que, de forma explícita o implícita, represente una desarticulación o deconstrucción de la rama o sistema de servicios sociales o una subordinación de éstos (o de una parte de ellos) respecto de otras ramas o sistemas. Una de las consecuencias de este planteamiento es la de que no necesariamente los diagnósticos del

sistema sanitario son relevantes (y menos aún como variable de segmentación) en el ámbito de los servicios sociales.

Esto quiere decir que personas que el sistema sanitario diagnostica como drogodependientes no tienen necesariamente que ser atendidos en el ámbito de los servicios sociales en servicios específicos para personas drogodependientes sino que habrá de hacerse en los servicios sociales el diagnóstico social correspondiente y ofrecerles el perfil de apoyos y el tipo de servicios que corresponda en cada caso. Este planteamiento, a mi juicio, no supone que no pueda aplicarse el enfoque de reducción de daños o cualquier otro que resulte relevante desde el punto de vista de la atención a las situaciones de drogodependencia.

Entiendo que en una intervención transversal, como es a mi entender la que tiene que ver con las drogodependencias, se ha de velar por la coordinación y sinergia entre las diferentes ramas. Ello se puede ver facilitado:

- En el nivel macro: mediante planes, leyes, estructuras, mapas...
- En el nivel *meso*: mediante sistemas de ventanilla única (por ejemplo en servicios de urgencias), servicios integrados...
- En el nivel micro: mediante protocolos, gestión de casos...

Entiendo en definitiva que la aproximación, que debe intensificarse, entre el mundo de la reducción de daños y el de los servicios sociales ha de darse de modo que ambos mundos se enriquezcan y se potencien. No sería la mejor idea ubicar en el ámbito de los servicios sociales un servicio que debiera estar en el sanitario, aunque a veces se trate de un mal menor. En todo caso, habría que intentar hacer las cosas con la mayor coherencia para no profundizar en la imagen (y muchas veces realidad) de los servicios sociales como cajón de sastre. Los servicios sociales necesitan muchos apoyos y nutrientes y creo que en la medida en que haya una coherencia técnica y estratégica en el desarrollo de los servicios sociales va a ser mejor para el sistema o la rama en general,

para cada uno de los servicios y, lo que es más importante, para sus destinatarias y destinatarios.

Por otra parte estoy seguro de que los servicios sociales tienen mucho que mejorar en lo relativo a su accesibilidad para las personas drogodependientes y en su capacidad de aportar como sistema a la política de drogodependencias. La incorporación y experimentación del enfoque de reducción de daños habrá de servir para combatir las situaciones de discriminación o exclusión de personas drogodependientes por parte de la red de servicios sociales. Los servicios sociales tienen que contribuir más, posiblemente, a la aceptación por parte de la ciudadanía de los programas de reducción de daños.

Entiendo, en todo caso, que, tal como se comentó en el Symposium, el proyecto de clarificación y estructuración de los servicios sociales en torno a un objeto específico o necesidad de referencia que aquí se ha planteado puede tener efectos colaterales, no deseados o iatrogénicos en colectivos como el de personas drogodependientes con necesidades importantes correspondientes a varios sistemas a quienes conviene una atención integral y continuada. Ni los servicios sociales ni ninguna de las ramas de la acción pro bienestar deben perder de vista el objetivo común de todas ellas, ya que las personas de carne y hueso no conocen de fronteras entre sistemas y de cuestiones organizativas. No puede ser que las personas se nos pierdan por los resquicios o, en ocasiones, verdaderos agujeros negros que dejamos entre los diferentes sistemas o ramas del sistema de protección social.

Referencias

- ABEIJÓN, J.A. (2007): “La confrontación entre los programas libres de droga y los de reducción de daño responde a esquemas del pasado” en *DDC/ZDD (Boletín Documental sobre Drogas y Drogodependencias)*, núm. 141, junio, pp. 4-5.
- BRUGAL, T. (2008): “Para cuando los programas de reducción de daños se expandieron, más de la mitad de los usuarios de drogas ya estaba infectada

- por el VIH/sida” en *DDC/ZDD (Boletín Documental sobre Drogas y Drogodependencias)*, núm. 149, marzo, pp. 4-5.
- CASADO, D. (2007a): “La rama de los servicios sociales” en CASADO, D. y FANTOVA, F. (coord.): *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*. Madrid, Cáritas Española, pp. 35-47.
- CASADO, D. (2007b): “Apunte histórico de la construcción de los servicios sociales” en CASADO, D. y FANTOVA, F. (coord.): *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*. Madrid, Cáritas Española, pp. 101-145.
- CCE (Comisión de las Comunidades Europeas) (2007): *Informe de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo sobre la aplicación de la Recomendación del Consejo, de 18 de junio de 2003, relativa a la prevención y reducción de daños para la salud asociados a la drogodependencia*. Bruselas.
- DFB/DAS (Diputación Foral de Bizkaia/Departamento de Acción Social) (2007): *Liza: intervención social especializada con personas drogodependientes*. Bilbao.
- FANTOVA, F. (2008): *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Bilbao, Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe (Universidad de Deusto).
- GOBIERNO VASCO (2006): *V plan de drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Euskadi*. Vitoria-Gasteiz.
- GRACIA, E. (1997): *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona, Paidós.
- GRUP IGIA *et al.* (2002): “Documento de consenso sobre la reducción de daños y riesgos relacionada con el uso de drogas” en *Norte de Salud Mental*, núm. 15, pp. 49-52.
- HOMELESS LINK (2007): *Integrated housing and care pathways for homeless drug users*. London, Housing Corporation.
- MUNDUKO MEDIKUAK (2008): *Sala de Consumo Supervisado de Bilbao 2003-2007*.

- SUBIRATS, J. (2008): “La reestructuración del estado de bienestar en Europa. Exclusión social y políticas de respuesta” en LAESPADA, M.T. (ed.): *Intervención en exclusión social y drogodependencias. La confluencia entre las políticas sociales y sanitarias*. Bilbao, Instituto Deusto de Drogodependencias, pp. 49-67.
- VALVERDE, C. *et al.* (2003): “Programas de reducción de daños en uso/abuso de drogas recreativas” en *Adicciones*, vol. 15, supl. 2, pp. 353-359.
- VOETS, A. y BRÖRING, G. (eds.) (2008): *Access to health and social services for substance users*. Amsterdam, Correlation.

Bilbao, 14 de noviembre de 2008
