



emcdda.europa.eu

Social exclusion and reintegration

EMCDDA 2003 selected issue

In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

Exclusión social y reintegración

Definiciones y conceptos

Según la última encuesta sobre «precariedad e integración social»⁽¹⁸⁷⁾, el porcentaje de la población europea que corre el riesgo de caer en la pobreza y la exclusión social oscila entre el 9 % y el 22 % (Consejo Europeo, 2001). Se considera que las personas se encuentran socialmente excluidas si «se ven impedidas de participar plenamente en la vida económica, social y ciudadana y/o si su renta y demás recursos (personales, familiares y culturales) son tan reducidos que les impiden gozar de un nivel de vida considerado aceptable por la sociedad en la que viven» (Gallie y Paugam, 2002).

De este modo, podemos decir que la exclusión social es una combinación formada por la falta de recursos económicos, el aislamiento social y un acceso limitado a los derechos sociales y ciudadanos; se trata de un concepto relativo dentro de cualquier sociedad (CEIES, 1999) y representa una acumulación gradual de factores sociales y económicos a lo largo del tiempo. Los factores que podrían contribuir a la exclusión social son los problemas relacionados con las condiciones de trabajo, la educación y la vida, la salud, la nacionalidad, la drogodependencia, las diferencias entre los sexos y la violencia (Consejo Europeo, 2001; informes nacionales, 2002).

El consumo de drogas podría considerarse ya sea una consecuencia o bien una causa de la exclusión social (Carpentier, 2002), pues este consumo puede provocar el deterioro de las condiciones de vida, pero, por otra parte, los procesos de marginación social pueden constituir una razón para comenzar a consumir drogas. Sin embargo, la relación entre la drogodependencia y la exclusión social no es de carácter causal, ya que la exclusión social «no afecta a todos los consumidores de drogas» (Tomas, 2001).

Si tenemos en cuenta esta complejidad, es posible tanto analizar el consumo de drogas entre las poblaciones excluidas socialmente, como estudiar la exclusión social entre los drogodependientes (véase el gráfico 22).

Pautas y consecuencias del consumo de drogas observadas entre la población excluida socialmente

En la literatura especializada y en los diversos estudios se considera generalmente que las siguientes poblaciones corren el riesgo de caer en la exclusión social: los presos, los inmigrantes⁽¹⁸⁸⁾, las personas sin hogar, los trabajadores sexuales y los jóvenes vulnerables. Es necesario tomar en consideración los sesgos y las limitaciones metodológicas de la información presentada sobre consumo de drogas y pautas de consumo entre los grupos socialmente excluidos, debido a la falta de fuentes de información y de datos comparables a escala europea.

Se ha demostrado que existe una estrecha relación entre estar preso y consumir drogas (véase igualmente la p. 34). Una parte importante de los presos ya consumía drogas antes de ingresar en prisión y a menudo su ingreso en la cárcel está relacionado con el consumo de drogas. No obstante, algunas personas siguen el camino inverso y sólo comienzan a consumir drogas tras ingresar en prisión por haber cometido delitos. Los estudios indican que entre un 3 % y un 26 % de los consumidores de drogas internados en prisiones europeas comienzan a consumir drogas en la prisión y que entre un 0,4 % y un 21 % de los consumidores de drogas por vía parenteral que se encuentran en prisión se inyectan por primera vez en ella. El consumo de drogas dentro de la prisión está sumamente extendido: hasta un 54 % de los presos dice consumir drogas durante su condena y hasta un 34 % afirma consumir drogas por vía parenteral en la cárcel (Stoeber, 2001; OEDT, 2002a).

La relación entre «grupos de negros y minorías étnicas» y consumo de drogas resulta menos evidente, pues disponemos de muy poca información. No existen pruebas científicas que indiquen que el consumo de drogas es superior entre los inmigrantes que entre la población en general. No obstante, algunos estudios sobre determinados grupos de minorías étnicas han descubierto un porcentaje superior de consumidores problemáticos de drogas entre dichos grupos que entre la población en general, como entre los ingrios de Finlandia (de los cuales entre un 1 % y un 2 % son consumidores de heroína), los kurdos en Alemania, los gitanos en España y varios grupos étnicos de los Países Bajos (Vrieling et al., 2000)⁽¹⁸⁹⁾. Los motivos de este fenómeno podrían ser una combinación de desventajas sociales, como un dominio deficiente del idioma local, el desempleo y los problemas de vivienda, malas condiciones de vida y falta de recursos económicos (informes nacionales, 2002).

Se observan diferencias entre los grupos étnicos por lo que se refiere a las pautas de consumo de drogas. Únicamente las

Gráfico 22. La relación entre exclusión social y consumo de drogas



⁽¹⁸⁷⁾ Encuesta del Eurobarómetro 56.1: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_en.pdf.

⁽¹⁸⁸⁾ Según un estudio del OEDT (2002b), los inmigrantes se definen como «grupos de población negra y de minorías étnicas» e incluyen las poblaciones inmigrantes de diversas comunidades que viven en los países de la UE.

⁽¹⁸⁹⁾ Cuadro 19 OL: Distribución de los problemas primarios de drogodependencia (alcohol, heroína, cocaína, cannabis y juegos de azar) en los Países Bajos entre la población inmigrante y la población neerlandesa autóctona (versión en línea).

poblaciones somalíes y los negros de África afirman consumir qat, mientras que los inmigrantes de Surinam y Bangladesh fuman heroína. Y al parecer, el consumo de drogas entre los gitanos de España comienza a una menor edad (2 ó 3 años antes) que entre la población española (Eland y Rigter, 2001; Reinking et al., 2001; Fundación Secretariado General Gitano, 2002).

Asimismo, se señala que las personas sin hogar corren el riesgo de consumir drogas. Aunque no disponemos de datos comparables a escala europea sobre la relación entre la falta de hogar y el consumo de drogas, se han llevado a cabo estudios concretos en numerosos países que señalan que el consumo de drogas constituye un problema frecuente entre las personas sin hogar (informes nacionales, 2002). Dinamarca, Francia, Países Bajos y Reino Unido señalan que hasta el 80 % de las personas sin hogar que viven en refugios son consumidores de drogas y las tasas de prevalencia son incluso más elevadas entre las personas que viven en la calle o entre las personas sin hogar que tienen otros problemas sociales. Por ejemplo, según un pequeño estudio efectuado en Irlanda, un 67 % de los ex presidiarios sin hogar es drogodependiente (Hickey, 2002). La heroína es la droga más extendida entre las personas sin hogar, seguida de la cocaína y el consumo de varias drogas. Asimismo se ha observado que otras conductas de riesgo, como el consumo de drogas por vía parenteral y compartir jeringuillas, están muy extendidas entre las personas sin hogar ⁽¹⁹⁰⁾.

Según la información recibida, el consumo de drogas es frecuente entre los jóvenes vulnerables, y se observa una elevada prevalencia entre los niños que han tenido problemas familiares, sociales o escolares. Se ha observado igualmente una alta prevalencia de consumo de drogas entre los hijos de drogodependientes: los índices de consumo en algún momento de la vida entre niños cuyos padres han consumido drogas durante el año pasado son significativamente más altas que entre el grupo «no vulnerable» (prevalencia en algún momento de la vida entre el 37 % y el 49 %, en comparación con una prevalencia que oscila entre el 29 % y el 39 % en los hijos de personas no consumidoras de drogas) ⁽¹⁹¹⁾. Varios estudios indican que los niños que han sufrido abusos sexuales o físicos dentro de su familia presentan un riesgo más elevado de consumir drogas al llegar a la edad adulta (Lieschutz et al., 2002). En Portugal, los jóvenes que son víctimas de abusos y de violencia en el seno de la familia tienen siete veces más probabilidades de consumir heroína que los jóvenes de la población en general (Lourenço y Carvalho, 2002). En el Reino Unido, los jóvenes que abandonan su hogar ⁽¹⁹²⁾ parecen tener más probabilidades de consumir drogas. Los índices de consumo de drogas en algún momento de la vida son entre 2 y 8 veces superiores que entre los jóvenes que nunca han huido de casa. Las drogas más consumidas son el

crack, la heroína y los disolventes. Los problemas escolares constituyen otro riesgo de consumir drogas: se ha observado una alta prevalencia de consumo de drogas entre los niños que no asisten a la escuela (Amossé et al., 2001), entre los que asisten a reformatorios (según se ha comunicado, un 40 % de estos alumnos en Finlandia han tenido un problema de adicción en algún momento) (Lehto-Salo et al., 2002) y entre aquellos que sacan malas notas (un 13,5 % en Noruega) (Vestel et al., 1997).

Entre los trabajadores del sexo, el consumo de drogas constituye a menudo un motivo para la prostitución pero también puede ser su consecuencia (como sucede con otros factores relacionados con el consumo de drogas). Las pautas del consumo de drogas varían en función de si la prostitución es anterior o posterior a la drogodependencia. Un estudio cualitativo italiano realizado entre prostitutas callejeras ha puesto de manifiesto que, si los trabajadores sexuales comienzan a consumir drogas para hacer frente a los problemas relacionados con la prostitución, generalmente consumen alcohol, tranquilizantes u otros medicamentos psicoactivos; en cambio, si la drogodependencia es el principal motivo de la prostitución, la principal droga consumida es la heroína (Calderone et al., 2001).

No abundan resultados de estudios o datos sobre otros grupos excluidos socialmente; Dinamarca señala que entre el 50 % y el 60 % de los pacientes de los servicios de psiquiatría es drogodependiente, probablemente por la amplia disponibilidad de drogas y que dichos pacientes están acostumbrados a ingerir medicamentos psicoactivos (informe nacional, 2002).

La relación entre exclusión social y consumo de drogas

Disponemos de datos sobre la situación social de la población en tratamiento. Entre los factores socioeconómicos relacionados con el consumo de drogas encontramos un bajo nivel de educación, el abandono escolar precoz, el desempleo, los bajos salarios y los trabajos difíciles, una renta baja y deudas, la inseguridad de la vivienda y la falta de domicilio, la mortalidad y las enfermedades relacionadas con las drogas, las dificultades para acceder a la atención médica y los estigmas sociales (véase el cuadro 5).

Se observan diferencias importantes en las condiciones sociales del consumo de drogas dependiendo de la sustancia consumida y las pautas de consumo; las peores condiciones tienen lugar entre los consumidores de heroína y opiáceos y entre los drogodependientes crónicos.

En 2001, un 47 % de los pacientes en tratamiento no había asistido jamás a la escuela o sólo había terminado la enseñanza primaria; asimismo, entre los consumidores de drogas abundan los altos índices de abandono precoz de la enseñanza

⁽¹⁹⁰⁾ El Ministerio británico del Interior señala que en el Reino Unido más de la tercera parte de las personas sin domicilio ha consumido heroína por vía parenteral, y una quinta parte se ha inyectado crack. En el último mes es probable que más del 10 % haya utilizado la jeringuilla de otra persona o prestado su propia jeringuilla (Carlen, 1996; Goulden y Sondhi, 2001).

⁽¹⁹¹⁾ Según una encuesta efectuada en Inglaterra y Gales en 1998 y 1999 entre 4 848 jóvenes (Goulden y Sondhi, 2001).

⁽¹⁹²⁾ La Unidad de Exclusión Social de la oficina del Viceprimer Ministro del Reino Unido define a los jóvenes que huyen de su hogar como «un niño o joven menor de 18 años que pasa una noche o más fuera de casa o del cuidado de su familia sin permiso, o ha sido forzado a abandonar a sus padres o tutores» (Unidad de Exclusión Social, 2002).

obligatoria. Se observan diferencias dependiendo de la principal droga consumida y el país ⁽¹⁹³⁾: los consumidores de opiáceos (sobre todo los consumidores de heroína) presentan el nivel de educación más bajo (informes nacionales, 2002).

Debido a sus precarias condiciones sociales, los consumidores de drogas también tienen problemas con su situación laboral; sus índices de desempleo son muy elevados en relación con los de la población en general [un 45,8 % entre los pacientes consumidores de drogas en comparación con el 8,2 % ⁽¹⁹⁴⁾ entre la población en general], tienen dificultades para encontrar trabajo y es raro que los drogodependientes mantengan un empleo durante largo tiempo o que desarrollen una carrera profesional (DrugScope, 2000) ⁽¹⁹⁵⁾. Una situación laboral precaria puede provocar problemas económicos; a menudo, los drogodependientes tienen una renta baja o carecen de recursos (entre el 32 % y el 77 % de los pacientes en tratamiento sobreviven con subsidios sociales). Abundan las deudas.

Las condiciones de vida de los consumidores de drogas a menudo son muy malas: un 10,4 % de los pacientes sufre inestabilidad en materia de vivienda y un 17,5 % vive en un asilo. Además, numerosos países señalan que existe un alto

porcentaje de personas sin hogar (hasta el 29 %) entre los consumidores de drogas) ⁽¹⁹⁶⁾.

Por lo que respecta a la nacionalidad, las características se asemejan a las de la estructura de la población en general ⁽¹⁹⁷⁾; los pacientes generalmente son nacionales del país en el que solicitan tratamiento y el porcentaje de pacientes procedentes de otros países (tanto europeos como extraeuropeos) coincide con el porcentaje de extranjeros dentro de la población en general. Sin embargo, cabe recordar que en algunos países no se permite consignar la nacionalidad o pertenencia étnica de los pacientes y, por consiguiente, no siempre se dispone de esta información.

Aparte de las consecuencias directas para la salud (véanse las pp. 24 y 28), los consumidores de drogas pueden tener dificultades para acceder a la atención médica, debido a su renuencia a tratar con los servicios o por falta de educación, falta de aceptación por parte de los servicios médicos generales y por tener problemas de salud específicos para los que no existen servicios adecuados.

Por último, los consumidores de drogas tienen una mala imagen social y pueden ser objeto de hostilidad por parte de la población en general y de las autoridades públicas. Los estudios realizados en una prisión de Viena han descubierto que los consumidores de drogas podrían ser objeto de violencia e insultos por parte de los agentes de policía y otros funcionarios públicos (Waidner, 1999).

| Cuadro 5. Condiciones sociales (educación, situación laboral, vivienda) de los pacientes en tratamiento en los Estados miembros en 2001 | | |
|---|--|--|
| Condiciones sociales | | Consumidores de drogas en tratamiento (porcentaje válido) ⁽¹⁾ |
| Educación (n = 98 688) | Personas que nunca fueron a la escuela o no terminaron la enseñanza primaria | 8,0 |
| | Enseñanza primaria | 43,6 |
| Situación laboral (n = 100 000) | Desempleados | 47,4 |
| | Población inactiva | 9,6 |
| Vivienda (n = 41 299) | Inestabilidad de vivienda | 10,4 |
| | Instituciones | 7,5 |
| ⁽¹⁾ Los porcentajes se calculan en función del número total de casos notificados para cada elemento; la suma total no es del 100 %, pues sólo se notifican los valores de interés para el presente capítulo (falta total de escolarización, desempleo, etc.), para consultar las cifras completas, véanse el gráfico 55 OL: Nivel de educación de todos los pacientes, por país; el gráfico 56 OL: Situación laboral de todos los pacientes, por país; y el gráfico 57 OL: Condiciones de vida de todos los pacientes, por país (versión en línea). Fuente: Informes nacionales de la red Reitox. Datos del indicador de demanda de tratamiento (TDI) (2001). | | |

Reintegración social

En los países de la UE y Noruega se han adoptado medidas para hacer frente a la exclusión social de grupos con o sin problemas de drogodependencia y a las consecuencias del consumo de drogas y/o la drogodependencia.

Sobre la base de la Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004) (Consejo de la Unión Europea, 2000) y un estudio concreto sobre la reintegración social y Noruega (OEDT, 2003b), la reintegración social podría definirse como «cualquier esfuerzo de integración dirigido a los consumidores de drogas de la sociedad».

Las intervenciones encaminadas a la reintegración social van dirigidas a los consumidores problemáticos de drogas actuales y pasados, desde los antiguos drogodependientes «limpios» que funcionan correctamente y los pacientes de metadona de larga duración hasta los drogodependientes que sufren graves privaciones y viven en la calle. No se requiere necesariamente un componente terapéutico, ya sea médico o psicosocial. Esto implica igualmente que la reintegración social no se produce necesariamente después del tratamiento, sino que puede tener lugar independientemente del hecho de haber recibido tratamiento,

⁽¹⁹³⁾ Gráfico 55 OL: Nivel de educación de todos los pacientes, por país (versión en línea).

⁽¹⁹⁴⁾ Índice medio de desempleo en los 15 Estados miembros (Eurostat, 2002).

⁽¹⁹⁵⁾ Gráfico 56 OL: Situación laboral de todos los pacientes, por país (versión en línea).

⁽¹⁹⁶⁾ Gráfico 57 OL: Condiciones de vida de todos los pacientes, por país (versión en línea).

⁽¹⁹⁷⁾ Gráfico 58 OL: Nacionalidad de los pacientes, por país (versión en línea).

pudiendo ser la fase final de un proceso de tratamiento o bien una intervención independiente y por separado después del tratamiento efectuada por servicios no relacionados con el tratamiento con sus propios objetivos y medios. Los servicios dedicados a la reintegración social no van dirigidos exclusivamente a los consumidores problemáticos de drogas ilegales, sino que pueden ir dirigidos a cualquier tipo de drogodependientes (incluidos los dependientes del alcohol y las drogas legales) o incluso a todos los grupos socialmente excluidos (por ejemplo, las personas sin hogar y las personas que duermen a la intemperie).

Resulta imposible hacer una sinopsis cuantitativa de las medidas destinadas a la reintegración social adoptadas en los Estados miembros, ya que el término «reintegración social» no se emplea de forma coherente. Si bien pueden existir paralelamente distintos servicios, a nivel nacional normalmente existen «modos generales de prestación de servicios» para la integración social:

- dirigidos a todos los grupos excluidos con o sin problemas de drogodependencia;
- dirigidos a las personas con problemas de drogodependencia en general;
- dirigidos expresa y exclusivamente a los consumidores problemáticos de drogas ilegales (véase el gráfico 23) ⁽¹⁹⁸⁾.

Es difícil cuantificar la disponibilidad de los servicios de reintegración social y evaluar la idoneidad de los mismos, si bien los datos indican que, probablemente, el número de instalaciones es insuficiente. Por ejemplo, Alemania calcula que necesita alrededor de 25 000 plazas de reintegración social, cuando el número de plazas disponibles se sitúa en torno a 4 000. Un proyecto de empleo realizado en Austria recibió el doble de solicitudes respecto a las plazas disponibles y tuvo que rechazar una media de 15 personas diarias.

La reintegración social puede dividirse en tres tipos principales de intervenciones: educación (que incluye formación profesional), vivienda y empleo.

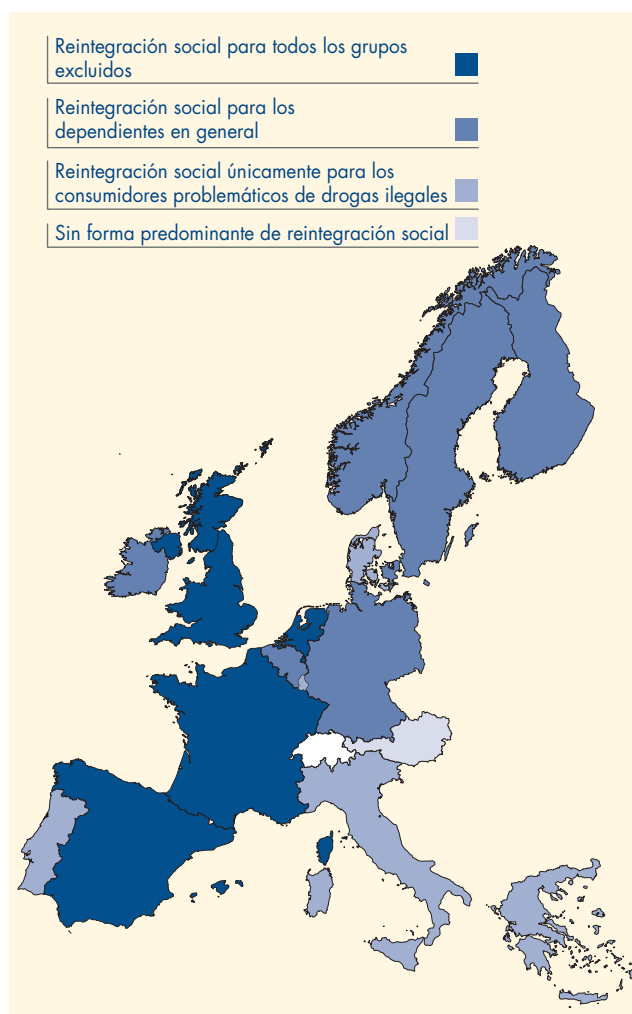
Numerosos consumidores de drogas tienen un bajo nivel de educación y muchos informes nacionales señalan que la relación entre consumidores problemáticos de drogas y mercado de trabajo es mala [Grecia (Kavounidi, 1996), Dinamarca (Stauffacher, 1998), Países Bajos (Uunk y Vrooman, 2001)]. Por ello, las intervenciones destinadas a elevar las capacidades académicas, técnicas o prácticas mejorarían las oportunidades de los pacientes en el mercado laboral.

Asimismo, las medidas de empleo pueden adoptar muy diversas formas, por ejemplo, la prestación de ayudas económicas a las empresas que contraten a un consumidor de drogas para ocupar un puesto de trabajo competitivo, como se señala desde Grecia. Entre las demás medidas encontramos la creación de servicios de empleo, como la oficina de empleo de Viena en Austria, o ayudar a los pacientes a crear su propia empresa, como sucede en Grecia y España bajo los auspicios del programa de empleo

«Promoción del autoempleo» (este tipo de intervención se solapa con la educación y la formación profesional).

Por último, facilitar viviendas o ayuda para encontrarlas permite introducir cierta estabilidad en la vida de los pacientes. La oferta de vivienda puede ser una intervención por sí misma, pero a menudo va acompañada de asistencia psicosocial y cierto grado de supervisión. Un ejemplo de atención psicosocial paralela es el centro *Haus am Seespitz* de Tirol, que tiene un grupo abierto de postratamiento para pacientes que se reúnen en estas viviendas. En Bélgica, *Habitations Protégées* ofrece tanto alojamiento como asistencia psiquiátrica. Los estudios realizados en Irlanda [informe nacional de Irlanda (Hickey 2002)] muestran que un 79 % de las ex presidiarias y un 76 % de los ex presidiarios manifestaron que encontrar una vivienda adecuada era su principal problema y la causa de su exclusión social, lo que indica que la vivienda es un elemento importante de la reintegración social.

Gráfico 23. Formas principales de reintegración social para los consumidores problemáticos de drogas en la UE y Noruega



Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox.

⁽¹⁹⁸⁾ Para más información y sinopsis nacionales, véase el estudio «La reintegración social en la Unión Europea y Noruega» (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/social_reintegration_eu.pdf).