

Las demandas de las mujeres consumidoras en la red asistencial

*Domingo Comas Arna
Fundación Atenea Grupo GID*

El objetivo de esta ponencia es muy sencillo: se trata de proponer una hipótesis, para abrir un campo de debate, que a su vez supone perfilar la realización de algunas investigaciones para buscar respuestas al dilema planteado.

Hasta ahora la cuestión de la adicción de la mujer ha sido tratada de una forma casi exclusiva desde la perspectiva de su especificidad. Desde esta perspectiva se ofrecen algunos programas alternativos, más o menos acertados, para tratar de realizar una oferta asistencial, ajustada a sus necesidades y a la especificidad de su adicción. Conviene destacar, sin que exista ningún estudio empírico que lo sostenga, que es fácil percibir que la propia idea de la especificidad de la adicción de la mujer cuenta con un cierto grado de rechazo en los equipos profesionales.

En todo caso, aunque el minoritario “tratamiento específico y especializado”, haya obtenido resultados interesantes, como se demuestra en esta misma serie de simposios, no parece una respuesta suficiente para una auténtica política de igualdad de género en el ámbito drogas. De hecho, particularmente en el ámbito asistencial de drogas, no se han adoptado las acciones relacionadas con el género, que preveían los cuatro Planes de Igualdad que han estado sucesivamente vigentes entre 1988 y 2006. En el cuarto PIOM (2003-2006) aparecen una serie de propuestas para introducir las Políticas de Género en las administraciones públicas y en tres de las ocho áreas de acción se citan actividades que deberían haber afectado al ámbito asistencial en drogas.

Pero esto no ha ocurrido porque parece que nadie se ha dado por aludido. Se trata de una falta de conciencia que tiene que ver con una circunstancia que permanece en una especie de caja negra, que vamos a tratar de abrir.

La hipótesis que enunciamos abre dicha caja negra y nos obliga a plantear una verdadera política de género en el ámbito asistencial de drogas se puede enunciar en los siguientes términos: **no existe correspondencia entre la proporción por género de adictos y adictas y la proporción, también por género, de las demandas asistenciales. La diferencia es tan notable que requiere la adopción de medidas políticas extraordinarias, en el contexto que ofrece la Ley de Igualdad.**

La proporción de mujeres adictas o con problemas de drogas es fácil de establecer. En la serie de las encuestas nacionales del Plan Nacional sobre Drogas, los datos aparecen desagregados por sexo, y aunque se trate de indicadores indirectos relacionados con el consumo, lo cierto es que son los indicadores que se utilizan para planificar las Políticas de Drogas y en particular se han utilizado tanto para la Estrategia Nacional como para el Plan de Acción, por tanto nada nos impide

utilizar estos mismos indicadores para sostener una determinada hipótesis sobre la cuestión del género.

TABLA 1
INDICES EQUIVALENTES DE PROPORCIÓN ENTRE SEXOS
SEGÚN EL SISTEMA NACIONAL
DE ENCUESTAS CONTINUAS SOBRE DROGAS
(Población general)

	ALCOHOL DIARIO	CANNABIS 30 DIAS	COCAINA 30 DIAS	SUMATORIO MEDIANA
1997	30,6	33,6	16,2	26,7
1999	28,5	36,8	30,3	31,8
2001	27,7	37,5	22,2	29,1
2003	28,3	37,9	39,4	35,2
RAZON SÍNTETICA EQUIVALENTE DE LA PROPORCIÓN GLOBAL				30,7

Fuente: Delegación del Gobierno para el PNsd.

En la tabla 1, podemos ver los índices equivalentes de las tasas¹ mujer/varón de consumo de tres sustancias (alcohol, cannabis y cocaína), las tres que ofrecen una proporción de muestra suficiente para ser tenida en cuenta a fin de establecer tasas comparativas.

En la misma tabla se ha establecido la sumatoria de la media para las tres sustancias en los cuatro años, lo que nos proporciona la razón equivalente de la proporción de mujeres en la red asistencial, para cada año². La media de los cuatro años nos ofrece finalmente una razón sintética equivalente de la proporción global de demanda asistencial, en función del consumo del periodo 1997-2003.

El resultado supone un 30,7 de proporción de mujeres sobre hombres. Un índice que podemos comparar con los resultados de la demanda asistencial. Si los índices obtenidos en la demanda asistencial son menores que esta cifra se supone que en la red asistencial se produce algún tipo de discriminación que genera

¹ El índice equivalente se ha calculado estableciendo la razón de la tasa de mujeres sobre la tasa de varones. No es por tanto la proporción de las unas sobre los otros, sino una representación algebraica que tiene como finalidad poder conseguir una evidencia sobre la hipótesis planteada.

² No se han incluido otras sustancias por las razones de población escasa antes aludida, pero no cabe duda de que si se hubieran añadido los estimulantes y los barbitúricos el índice de feminización habría aumentado.

desigualdad a favor de los varones, si el índice fuera superior la discriminación y por tanto la desigualdad operaría a la inversa.

La comparación es fácil, así en el último SEIPAD (2002), nos dicen que las mujeres representan el 15,3% de las demandas de atención (y los varones el 84,7%). **El índice resultante es entonces el 18,0.** La evidencia de la desigualdad entre géneros en el ámbito asistencial es más que contundente.

Calculado en otros términos (una simple regla de tres que establece la relación entre índices y proporciones), **resulta que una red asistencial equitativa por género exigiría en España que las demandas asistenciales de las mujeres fueran el 26,1% del total de demandas. En términos teóricos, mientras no se alcance esta cifra está claro que la red asistencial discrimina a las mujeres y no se produce un acceso igualitario a la misma.**

La cifra es aún más llamativa si observamos los datos obtenidos en un reciente estudio sobre Comunidades Terapéuticas (Comas, 2006), que reduce la proporción de mujeres hasta el 14,8% (y esto que se incluyen los datos de tres CCTT específicas para mujeres). El índice resultante es, en las CCTT, del 17,3 y el techo teórico de las demandas está entonces aún más lejos. Tales cifras indican que las CCTT discriminan a las mujeres (a pesar de las CCTT específicas) aún más que la red asistencial general.

Estas son las evidencias y el debate está abierto. No voy a entrar en el mismo, porque creo que son otros los que tienen que protagonizarlo, pero me ha parecido adecuado señalar algunas cautelas.

1. En primer lugar está la cuestión de los márgenes de error y la fiabilidad de las encuestas del PNsD. No es un asunto baladí, pero lo cierto es que los resultados de las Encuestas se utilizan para realizar afirmaciones más que dogmáticas sobre Políticas sobre Drogas. Sería sospecho que en temas de género se alegaran dificultades metodológicas para negar las evidencias aportadas.
2. En segundo lugar aparece la cuestión de las edades, según el SEIPAD las edades medias de varones y mujeres que realizan una demanda asistencial son similares (alrededor de 31 años), pero otros Estudios muestran (Comas, 2006; Comas, 2007), cómo esta media es el resultado de una mayor dispersión en las edades de las mujeres ¿Cuál es su significado? Además, a partir de los 40 años la proporción de mujeres (que realizan nuevas demandas de tratamiento) aumenta hasta alcanzar, y en ocasiones superar, la tasa teórica del 26%. ¿Por qué no acuden a la red asistencial, mientras tanto, estas mujeres? y ¿Por qué cuando acuden se afirma que “están más deterioradas”?
3. En tercer lugar debemos citar la “cuestión territorial”, que apareció en un Estudio realizado para Proyecto Hombre en 1995 y que no ha sido retomado por posterioridad por ningún autor (Aguinaga y Comas, 1996). Las tasas de demanda asistencial de mujeres son muy diferentes según Comunidades Autónomas. El SEIPAD refrenda estas diferencias territoriales de forma continua. En cambio no es fácil establecer las tasas de consumo (y los correspondientes índices) a partir de las Encuestas de las CCAA, tanto por diferencias metodológicas como por el desigual ritmo de implantación. Pero en todo caso las diferencias en los indicadores de consumo no son tan drásticas como las diferencias en demandas asistenciales. ¿Cuáles son las CCAA en las que las diferencias son mayores y porqué? Este es un tema fácil de recoger los datos y proponer hipótesis.

4. En cuarto lugar hay que abrir un debate en torno a la cuestión del sexo y la relación entre consumo y adicción: Algunos autores opinan que aunque las mujeres consuman tantas drogas como los hombres, operan en ellas ciertos mecanismos de protección que “suavizan” su trayecto hacia la adicción. Si esto fuera cierto todo lo expresado en esta ponencia sería incorrecto. También es cierto que los análisis de género indican que estas afirmaciones tienen como finalidad bloquear un tratamiento adecuado de las mujeres, con argumentos que, usando la ironía, se pueden formular afirmando que igual que los malos tratos son la consecuencia de sus propios deseos, la adicción es una mera envidia de la condición masculina.
5. En quinto lugar hay que afrontar la cuestión ética del tema de la libertad para efectuar, o no, una demanda asistencial. Se supone que la red está ahí, que no adopta decisiones discriminatorias y que atiende por igual a mujeres y a varones. Si las mujeres acuden menos será por razones sociales y culturales ajenas al protocolo que define el trabajo de la red asistencial. Las acciones a favor de la igualdad corresponden entonces a otros agentes sociales e institucionales, pero ¿Es esto correcto? y ¿Por qué?

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA.

- AGUINAGA, J. y COMAS, D. (1996), **La demanda asistencial en la encrucijada: perfil de los ingresos durante 1995**, Madrid, Proyecto Hombre.
- COMAS, D. (2006), **Comunidades Terapéuticas en España, situación actual y propuesta funcional**, Madrid, Fundación Atenea.
- COMAS, D. (2006), **Estudio sobre perfiles de drogodependientes atendidos en la red asistencial y nuevas necesidades de itinerarios formativo laborales**, Madrid, Fundación Atenea.
- COMAS, D. (2007), **Los itinerarios laborales y educativos de los adictos atendidos en la red asistencial de la Comunidad de Madrid en el año 2004**, Madrid, Agencia Antidroga.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PNsD (2004), **Informe del Observatorio Español de Drogas 2002**, Madrid, Delegación del Gobierno para el PNsD.