Encuesta a la red de adicciones sobre los retos provocados por COVID 19:

Adaptaciones metodológicas e innovación

Fundación Atenea

Estudio realizado por **Fundación Atenea**

Departamento de **Innovación y Conocimiento**

Con la financiación del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, a través de la Resolución del 22 de junio de 2020, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, con cargo a la asignación tributaria del IRPF.

Investigación principal: **Carlos Molina-Sánchez, Ana Rubio-Castillo**

Equipo colaborador: **Yolanda Nieves-Martín, Jaime Losada Medina, Elena Cruz Obreo, Irene Rojas-García y Victoria Rivero**

Diciembre de 2021

Índice

Índice 4
1. Contexto marco de la investigación 5
2. Objetivos y metodología 8
2.1 Objetivos de la investigación 8
2.2 Metodología de las entrevistas en profundidad 9
2.3 Metodología de la encuesta 9
2.3.1 Limitaciones de la investigación 14
2.3.2 Datos sociodemográficos de las personas encuestadas 15
3. Resultados de la investigación 17
3.1 Datos sobre los programas/recursos 17
3.2 La incertidumbre inicial y los esfuerzos de coordinación 25
3.3 Protocolos y planes de contingencia 30
3.4 El riesgo: su gestión y sus percepciones 34
3.5 La primera adaptación: la virtualidad 42
3.6 Adaptaciones metodológicas 54
3.7 Las principales adaptaciones surgidas en la encuesta 56
3.8 Las adaptaciones a través de las entrevistas: un recorrido por las áreas de acción en adicciones 59
3.8.1 Prevención 59
3.8.2 Atención integral y multidisciplinar 63
3.8.3 Reducción del daño 69
3.8.4 Centros penitenciarios 70
3.8.5 Inclusión sociolaboral 73
3.8.6 Experiencias de nuevos programas 74
3.8.7 Respuestas a las adaptaciones 79
3.9 Retos de futuro y adaptaciones consolidadas 85
3.9.1 Recursos económicos 86
3.9.2 Retos de futuro 89
3.9.3 Adaptaciones consolidadas 90
4. Conclusiones 94
Anexo I. El cuestionario 99
Anexo II. Tablas y cruces del análisis bivariable 108

1. Contexto marco de la investigación

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la Covid-19 como una pandemia de alcance mundial. Esta derivó rápidamente en una crisis sociosanitaria que amenazaría los sistemas de salud y de bienestar social de numerosos países.

La pandemia provocada por el coronavirus puso en jaque a todo el sistema de atención relacionada con las drogodependencias y las adicciones. El hecho de que fuera un virus transmitido por el contacto con otras personas, junto con la rapidez de su transmisión, tuvo como consecuencia que se estableciese un confinamiento domiciliario a nivel general, con la salvedad de ciertos comercios y servicios considerados como esenciales por su importancia y por la necesidad de los productos que se comerciaban. Principalmente supermercados, panaderías y otras tiendas de comestibles y cesta básica.

En el caso concreto de España, el confinamiento domiciliario aplicado en todo el Estado el 16 de marzo de 2020, así como las posteriores oleadas de Covid-19 y las medidas sanitarias y de distanciamiento físico derivadas de éstas, han transformado buena parte de nuestra realidad individual y colectiva.

Esta realidad no se ha mantenido ajena al ámbito de las adicciones. Pese a que el confinamiento domiciliario supuso una disminución del consumo de drogas ilegales, debido a la dificultad de acceso a éstas y las mayores complejidades para encontrar espacios en los que se pudiera consumir, el consumo de sustancias legales como el alcohol o los tranquilizantes sufrieron un aumento (Mini-EWSD, 2020)[1].

Es cierto que todavía no se conocen todas las consecuencias de la pandemia, al tratarse de una situación aún vigente, sin precedentes a nivel global en los Estados contemporáneos, numerosas

[1] Mini-EWSD (European Web Survey on Drugs) (2020): Impacto del COVID-19 en las pautas de consumo de drogas ilegales en España. DGPNSD (OEDA) / EMCDDA.

publicaciones han puesto en evidencia las desigualdades y mayores dificultades vitales que han sufrido las poblaciones que ya se situaban en posiciones de vulnerabilidad social de manera previa a la pandemia, entre las que se encuentran las personas con problemas de adicciones y sus entornos sociales (Gobierno Vasco, 2020)[2].

En este sentido, más allá de los riesgos y las problemáticas que han atravesado a toda la población general, las personas en situación de adicción han visto aún más agravada su realidad vital, debido a problemáticas relacionadas con el elevado nivel de comorbilidad física y psicológica que afecta a algunas personas consumidoras. Esta cuestión, en conjunción con las dificultades para adquirir sustancias o la falta de disponibilidad de lugares donde consumir, ubicó a las personas consumidoras dentro de la población de máximo riesgo.

Muchas personas vulnerabilizadas que consumen drogas perdieron su sustento y vivienda debido a las medidas de confinamiento por lo que se necesitaron medidas urgentes para prevenir una crisis humanitaria. De hecho, como ha indicado el experto de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Salud, «los grupos vulnerables de personas que consumen drogas deben ser reconocidos como una población de alto riesgo para mitigar la propagación de la pandemia». Otros actores internacionales coinciden en esta visión de la situación:

> *"Muchas personas que consumen drogas son especialmente vulnerables debido a su fragilidad en el ámbito de la salud (a menudo relacionadas con enfermedades a largo plazo y otros problemas que reducen el sistema inmunitario), su situación social y económica (a menudo combinada con la falta de vivienda) y otros factores, como el aislamiento social, el estigma y la criminalización[3] (CSFD Position on COVID-19, p.1).*

La incidencia de la pandemia y las sucesivas medidas no solo afectan a entidades y equipos, también a las administraciones que han de desplegar directrices y organizar los recursos. Es necesario tener en cuenta la pluralidad de la dependencia administrativa de la red de adicciones,

[2] Gobierno Vasco (2020) El impacto de la COVID-19 y sus consecuencias en el ámbito de las adicciones en Euskadi.

[3] Posicionamiento del CSFD sobre el COVID-19, extraído de: http://www.civilsocietyforumondrugs.eu/wp-content/uploads/2020/05/CSFD-PositionPaper-A4_final_es.pdf

así como la variedad geográfica de fases de "desescalada" en las que se ha encontrado España, originando diversas directrices sobre los diferentes programas y recursos de adicciones.

Es desde aquí, desde dónde nace la vocación de la presente investigación. Este estudio se postula como un marco de interpretación de los nuevos desarrollos y que han surgido como respuesta a la crisis sociosanitaria, pero no solo: este trabajo también se ha realizado desde la pretensión de visibilizar y poner en valor el esfuerzo y la importancia social de éstos ante un contexto incierto y frágil que requiere, más que nunca, de cuidados colectivos.

> *Esta situación ha supuesto un reto para las entidades y equipos profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones. Muchos de los servicios de atención a las adicciones suspendieron su actividad y/o restringieron el acceso. Las nuevas medidas sociosanitarias han forzado a los programas a adaptar sus metodologías de trabajo a la realidad de la pandemia[4] (CSFD Position on COVID-19, p.1).*

[4] Posicionamiento del CSFD sobre el COVID-19, extraído de: http://www.civilsocietyforumondrugs.eu/wp-content/uploads/2020/05/CSFD-PositionPaper-A4_final_es.pdf

2. Objetivos y metodología

2.1 Objetivos de la investigación

La presente investigación tiene por objetivo **recoger, analizar y sistematizar las adaptaciones e innovaciones metodológicas** que se han desarrollado en los servicios y programas de atención a las adicciones en el Estado español a raíz de la crisis sociosanitaria motivada por la Covid-19, así como poner en común las buenas prácticas y los retos producidos a raíz de las circunstancias. Más en concreto se busca:

- Recoger las principales adaptaciones metodológicas según áreas de trabajo dentro del ámbito de las adicciones
- Identificar las nuevas metodologías de trabajo introducidas en 2020 según áreas de trabajo dentro del ámbito de las adicciones
- Sistematizar las innovaciones desplegadas en las respuestas profesionales de actuación en materia de atención a las adicciones
- Detectar los cambios y dificultades más significativos según áreas de trabajo
- Analizar los cambios en la coordinación con otros recursos y administraciones
- Analizar la información incorporando la perspectiva de género

2.2 Metodología de la encuesta

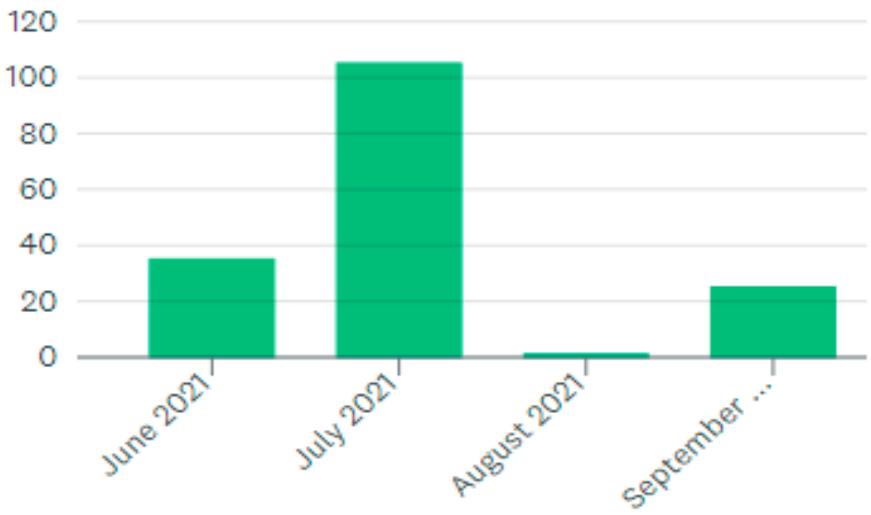
En el apartado de metodología cuantitativa se ha realizado una encuesta online dirigida a profesionales de la red de adicciones a nivel estatal, administrada a partir del motor de encuestas online *Survey Monkey*. La encuesta fue diseñada en base a los objetivos planteados anteriormente, con la ayuda de la información obtenida a través de las entrevistas en profundidad a responsables de entidades de la red de adicciones y a responsables de administraciones públicas. El cuestionario administrado consiste en 40 preguntas (o ítems) que van desde las preguntas sociodemográficas de las personas que la han realizado hasta preguntas sobre la disponibilidad de material de protección o el cierre del programa, incluyendo preguntas abiertas, cerradas y de gradación o escalas. Para más información ver el cuestionario completo en el Anexo I.

La difusión de la encuesta se comenzó a realizar a finales del mes de junio teniendo el mes de julio como el principal mes de recogida de información. En concreto, el cuestionario se distribuyó a través de varias vías para tratar de acceder al mayor número de personas posible. En la primera fase de difusión se realizó una publicación en redes sociales (Twitter, Linkedin, Facebook, etc.), una campaña de email masivo a todos los contactos de la Fundación, así como una serie de email personalizados a personas clave por su posición en la administración pública y a entidades de la red de adicciones.

En la segunda fase se realizó la difusión a mediados del mes de julio. En esta fase se mandaron a personas específicas con puestos de responsabilidad en distintas organizaciones con las que se colabora estrechamente. En la tercera fase, a finales del mes de septiembre, se vuelve a hacer una publicación en las principales redes sociales de la Fundación, así como se enviaron emails a personas clave.

El 31 de septiembre del 2021 se cerró la posibilidad de contestar la encuesta. Esta fecha estaba establecida en las fases de temporalización del proyecto.

Gráfico 1. Distribución de profesionales que han contestado la encuesta según mes de realización. Datos absolutos.



Fuente: datos de survey monkey

El análisis de los datos estadísticos tiene dos fases. En una primera se ha realizado un análisis descriptivo, consistente en el conocimiento de las frecuencias en las que se contesta a cada pregunta. Es decir, el porcentaje que recibe cada opción de respuesta para cada pregunta. En el caso de las preguntas con opciones de respuesta abiertas se ha procedido a agrupar las distintas respuestas en categorías para hacerlas inteligibles.

En una segunda fase se ha realizado un análisis bivariable, haciendo cruces entre variables dependientes y las consideradas independientes. Estas han sido el sexo, la edad, las categorías profesionales y la dependencia de área del programa. Para elaborar este análisis se ha realizado previamente una ponderación de las variables que se han utilizado para realizar los cruces. La ponderación es un proceso estadístico mediante el cual se equiparan los casos respecto a una variable para que los resultados puedan ser comparables. Este proceso se ha realizado con las variables mencionadas al inicio del párrafo.

A lo largo del este informe tan solo se ha incluido la información de los cruces que han arrojado una significatividad estadística.

Tabla. Ficha técnica de la encuesta

	Ficha metodológica
Ámbito	Nacional
Universo	Hombres y mujeres, profesionales de la red de atención a las adicciones
Muestra	166
Tipo de muestreo	Muestreo por bola de nieve, empleando las redes sociales como canal de difusión
Varianza poblacional	0.5%
Porcentaje de confianza	95%
Error muestral	8%

Fuente: Elaboración propia.

2.3 Metodología de las entrevistas en profundidad

Para responder a los objetivos anteriormente descritos, se planteó el diseño de una investigación cualitativa y cuantitativa. La parte cualitativa, consistente en la realización de **entrevistas en profundidad a profesionales de programas de atención a las adicciones**, aborda las principales adaptaciones e innovaciones metodológicas desplegadas en las entidades. La parte cuantitativa, por otro lado, analiza una **encuesta realizada a profesionales que trabajan en la red de atención a las adicciones** de cualquier territorio del Estado.

En lo referido a la parte cualitativa de la investigación, los principales criterios que se han tenido en cuenta para la selección de los y las profesionales a entrevistar han sido:

- **Puesto ocupado:** en la medida de lo posible, se ha intentado que los y las profesionales a entrevistar tuvieran algún puesto de responsabilidad dentro de los programas, con la finalidad de poder dotar al estudio de una perspectiva lo más amplia posible.

- **Área de trabajo:** se ha buscado que estuvieran representadas dentro de la investigación las áreas de prevención, reducción del daño, atención e incorporación social en adicciones.

- **Comunidad Autónoma de trabajo:** se ha intentado que el estudio recogiera la mayor representación autonómica posible, con el objetivo de poder otorgar a la investigación un carácter estatal, así como poder indagar sobre la existencia o no de diferencias metodológicas en el marco de las autonomías.

Teniendo en cuenta estos criterios de selección, finalmente se realizaron **24 entrevistas semiestructuradas a profesionales** pertenecientes a las áreas de prevención, tratamiento y acompañamiento a las adicciones, Centros Penitenciarios y Planes Municipales de Adicciones. En lo referido a la distribución de las personas encuestadas según su Comunidad Autónoma de trabajo, se realizaron cinco entrevistas a profesionales que trabajan en entidades a nivel estatal, ocho entrevistas a profesionales de la Comunidad de Madrid, dos a profesionales de Cataluña, cinco a profesionales de Castilla-La Mancha, así como una entrevista en cada una de las siguientes regiones: Euskadi, Canarias, Andalucía y Aragón.

En la siguiente tabla, se proporciona un resumen del perfil de los y las profesionales entrevistados/as:

Tabla 1. Resumen perfil de profesionales entrevistados/as

Actividad profesional realizada	Área de trabajo	Comunidad Autónoma de trabajo
1. Subdirector de programas	Prevención	Estatal
2. Responsable de área	Plataforma de entidades de adicciones	Estatal
3. Coordinador de programas	Inserción sociolaboral	Comunidad de Madrid
4. Técnica de formación	Inserción sociolaboral	Comunidad de Madrid
5. Dirección de programas	Prevención y tratamiento	Cataluña

6. Coordinadora de programas	Prevención	Comunidad de Madrid
7. Técnica de orientación	Inserción sociolaboral	Comunidad de Madrid
8. Coordinadora de programas	Prevención	Comunidad de Madrid
9. Coordinadora de programas	Tratamiento ambulatorio	Euskadi
10. Dirección y secretaria de plataforma	Plataforma entidades Juego	Estatal
11. Técnica de drogodependencias	Prevención y planificación municipal	Canarias
12. Técnica de prevención	Prevención	Castilla-La Mancha
13. Responsable de Plan Municipal de Adicciones	Plan Municipal de Adicciones	Castilla-La Mancha
14. Directora de programas	Prevención y tratamiento	Cataluña
15. Coordinador de programas	Intervención en centros penitenciarios	Estatal
16. Responsable de Plan Municipal de Adicciones	Plan Municipal de Adicciones	Castilla-La Mancha
17. Responsable de área	Red de entidades de adicciones	Andalucía

18. Directora de área	Prevención selectiva	Castilla-La Mancha
19. Director de área	Prevención y tratamiento	Estatal
20. Coordinadora de programas	Intervención en centros penitenciarios	Comunidad de Madrid
21. Dirección entidad	Adicciones	Aragón
22. Directora de área	Prevención selectiva	Castilla-La Mancha
23. Subdirectora General de Adicciones	Adicciones	Comunidad de Madrid
24. Dirección General del Proceso Integrado de Salud. Responsable de programas	Adicciones	Comunidad de Madrid

2.3.1 Limitaciones de la investigación

Esta investigación tiene alguna limitación que vamos a exponer para poder comprender su utilidad y su alcance. La principal limitación es que la encuesta ha sido contestada por 166 profesionales que trabajan en la red de atención a las adicciones. Por este motivo, la información que se va a presentar no es extrapolable al conjunto de personas que conforman la red de atención a las adicciones. En consecuencia, la información no puede representar a todas las organizaciones, servicios y experiencias personales y profesionales. La baja participación podría deberse a la alta demanda de participación en encuestas, u otras causas como la carga laboral que soportan las personas que trabajan en la red de atención a las adicciones. Carga laboral que se ha visto incrementada significativamente a consecuencia de la pandemia.

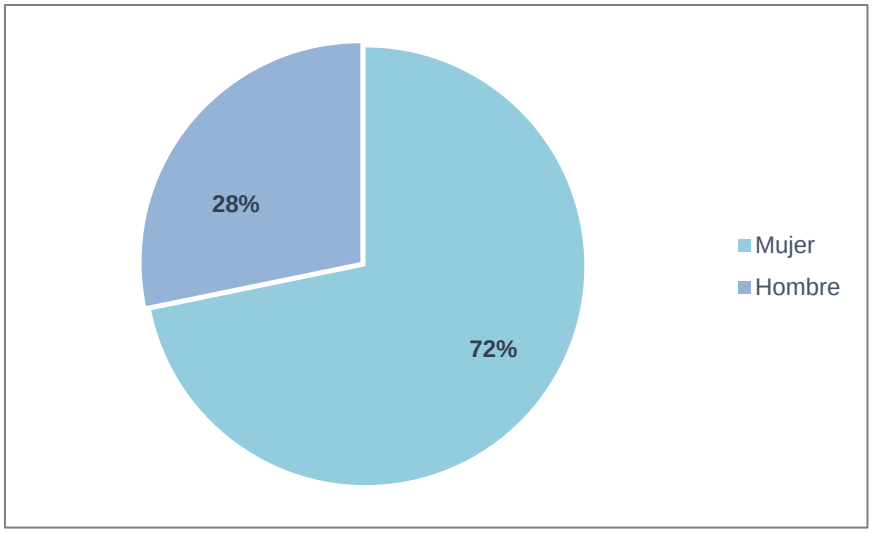
Sin embargo, la información recopilada en la encuesta y su triangulación con los datos globales, las memorias de las entidades y las entrevistas en profundidad a responsables de estas organizaciones y de la administración pública, sí que aporta información valida y relevante sobre

el impacto del Covid-19 en la red. Así como, sobre los principales problemas a los que ha habido que hacer frente y las respuestas e innovaciones metodológicas para afrontarlos. Toda esta información puede ser de utilidad para detectar necesidades y cambios en la red de cara al futuro.

2.3.2 Datos sociodemográficos de las personas encuestadas

En la presente investigación han participado 166 personas, de las cuales un 72% son mujeres y un 28% son hombres, por tanto, se constata que, la representación en el número de respuestas del sexo femenino es muy superior al número de respuestas del sexo masculino. Esto es lógico teniendo en cuenta que el tercer sector de acción social, así como el sector sociosanitario, ocupa a más mujeres que a hombres. Son ambos sectores o profesiones altamente feminizadas.

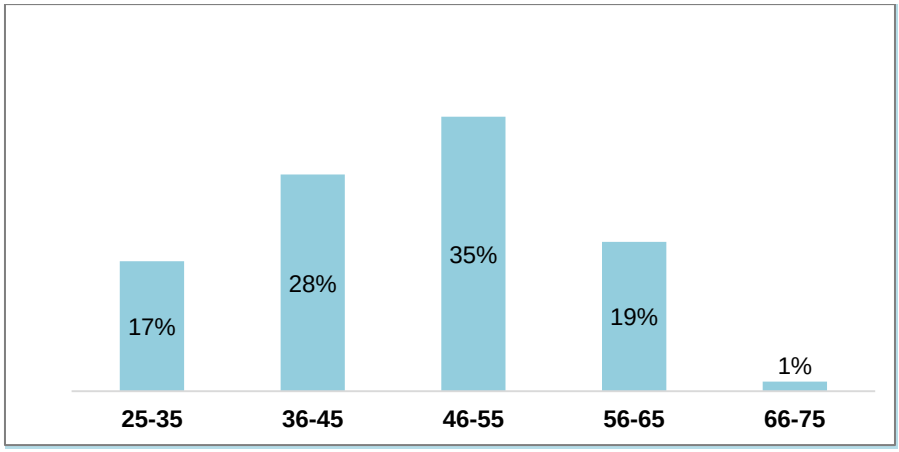
Gráfico 2. Distribución de la muestra según sexo.



Fuente: elaboración propia

Así mismo, la encuesta dirigida a profesionales de programas de adicciones se respondió por profesionales con edades comprendidas entre los 25 y los 75 años. Se destaca que, la población más representada, se sitúa en el umbral de los 46 a los 55 años, seguida de profesionales que tienen entre 36 y 45 años. Además, la edad media es de 46 años, y, la moda es de 46 y 47 años, siendo éstas las edades que tienen una mayor presencia entre las personas encuestadas.

Gráfico 3. Distribución de la muestra según franja de edad.



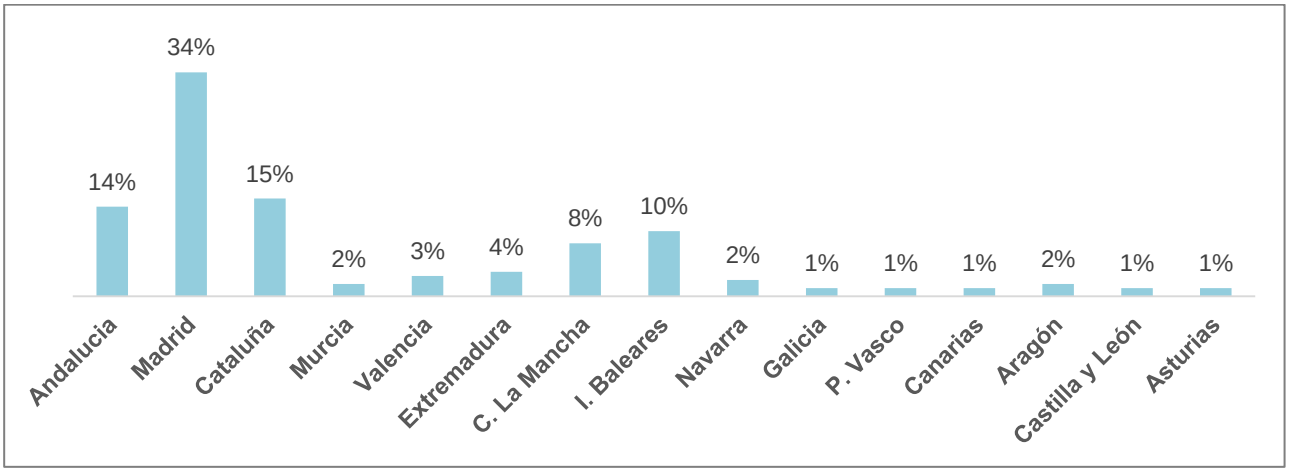
Fuente: elaboración propia

3. Resultados de la investigación

3.1 Datos sobre los programas/recursos

En cuanto a la ubicación de los programas de la red de adicciones se destaca la Comunidad de Madrid como la que tiene mayor representación en la encuesta, seguida de Cataluña y Andalucía. Tras éstas están las Islas Baleares y Castilla-La Mancha como los territorios con más representación. Pero hay hasta 15 Comunidades Autónomas con algún tipo de representación en la encuesta, lo que supone el 80% de las 17 Comunidades Autónomas y las dos Ciudades Autónomas.

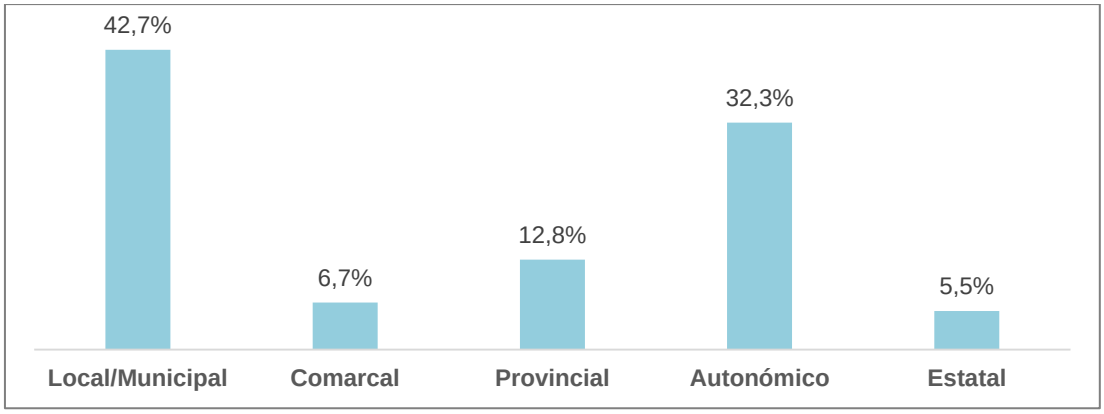
Gráfico 4. CCAA de trabajo de los y las profesionales encuestados/as



Fuente: elaboración propia

Los principales ámbitos de actuación de los programas en los que desarrollan su actividad profesional las personas que han contestado la encuesta son a nivel local/municipal (43%) y autonómico (32%) -entre ambas suman unos 76%- seguidas de provincial, comarcal y estatal.

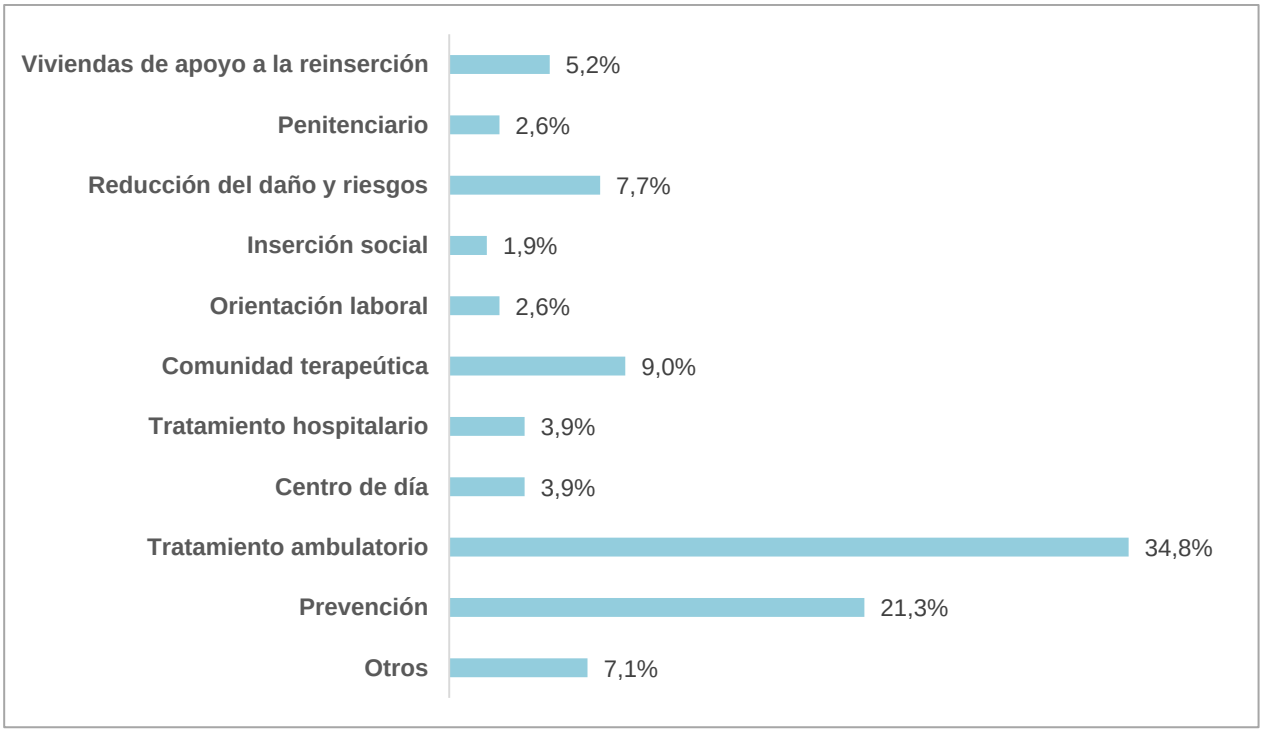
Gráfico 5. Ámbitos prioritarios de actuación en los que se desarrolla la actividad profesional.



Fuente: elaboración propia

En cuanto a los tipos de programas o recursos en los que trabajan las y los profesionales, hay que destacar el ámbito del tratamiento ambulatorio y de prevención como los mayoritarios. Entre ambos suman el 55%:

Gráfico 6. Tipo de programa o recurso en el que se desempeña la actividad profesional.

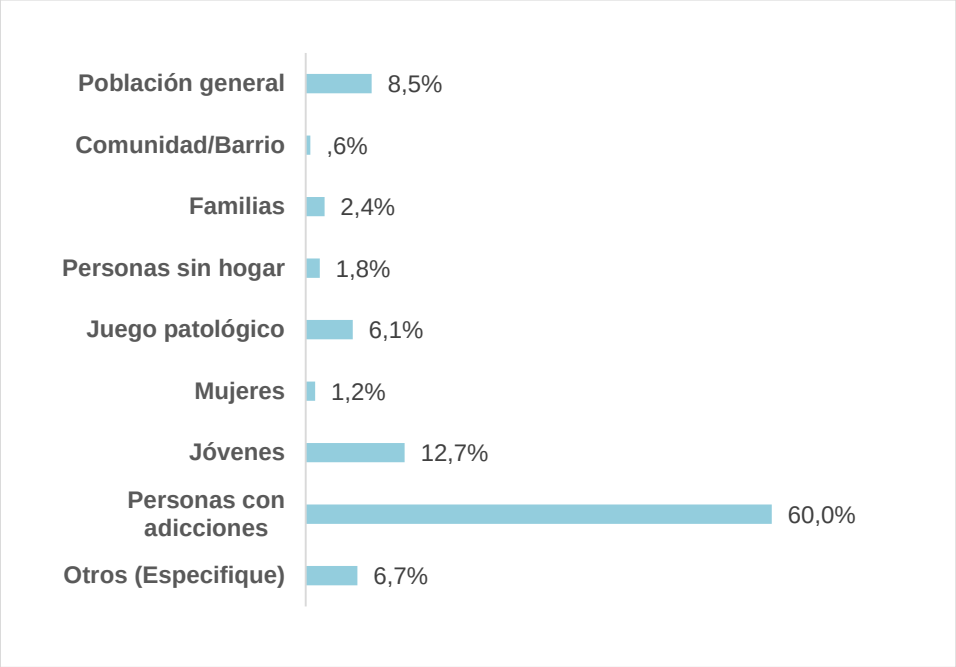


Fuente: elaboración propia

A su vez, los programas o recursos van dirigidos principalmente a personas con algún tipo de adicción ya sea con o sin sustancia. Conviene aclarar en este punto que todos los programas forman parte de la red de atención a las adicciones, pero no todos se centran en ellas. Hay

muchos de estos programas que interseccionan con otras problemáticas como, por ejemplo, las personas sin hogar, o tienen una población diana muy concreta, como los que intervienen con mujeres o con familias de manera prioritaria.

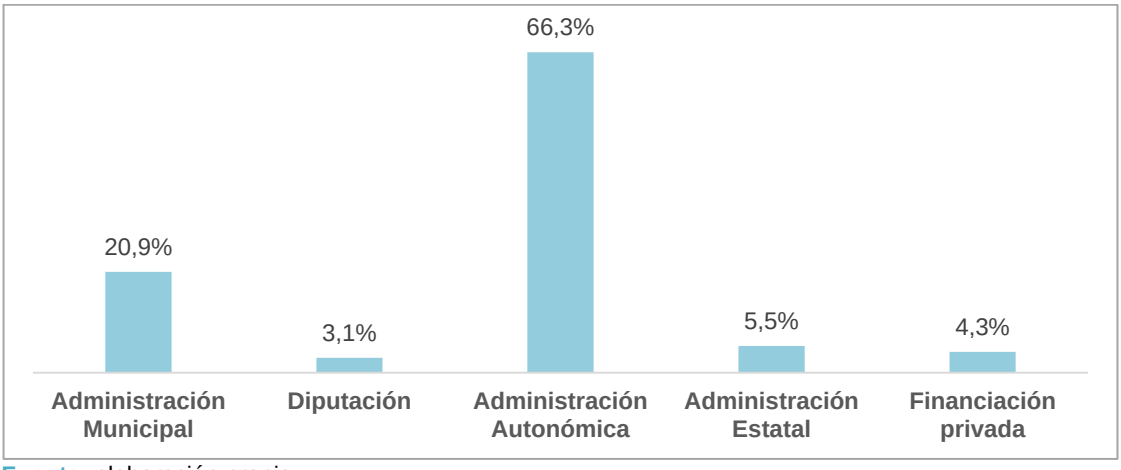
Gráfico 7. Población a la que se dirigen los programas/recursos.



Fuente: elaboración propia

Por otra parte, se ha recogido que las fuentes de financiación en su amplia mayoría son de la administración autonómica y municipal, con un 66,3% y un 20,9% respectivamente, seguidos por su parte de la administración estatal (5,5%), financiación privada (4,3%) y la diputación (3,1%).

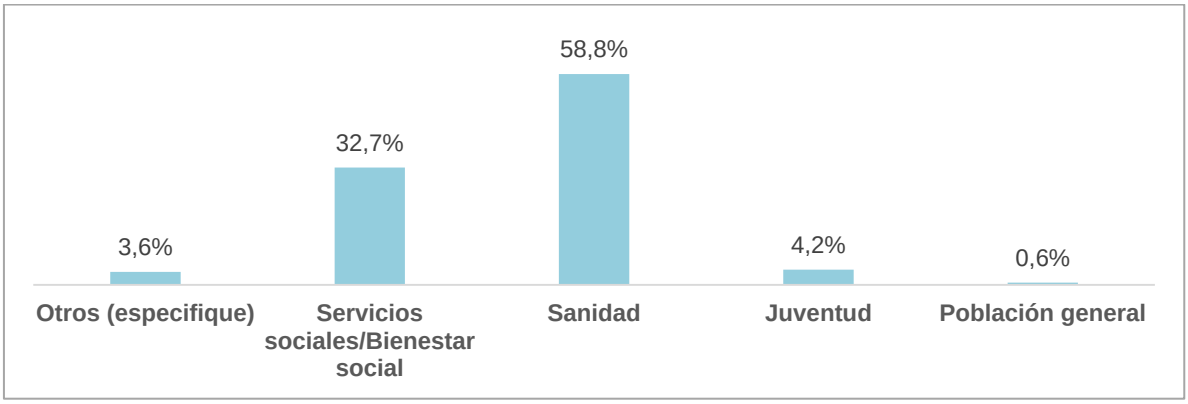
Gráfico 8. Fuente principal de financiación del programa o recurso.



Fuente: elaboración propia

Tradicionalmente los programas, proyectos y servicios que componen la red de atención a las adicciones han estado adscritos a Bienestar y Servicios Sociales, o bien, a Sanidad. Los datos recopilados van en sintonía. Sin embargo, hay otros que son dependientes de juventud u otras ramas de la Administración Pública. En concreto el 58,8% depende de Sanidad y el 32,7% de Servicios Sociales y Bienestar Social.

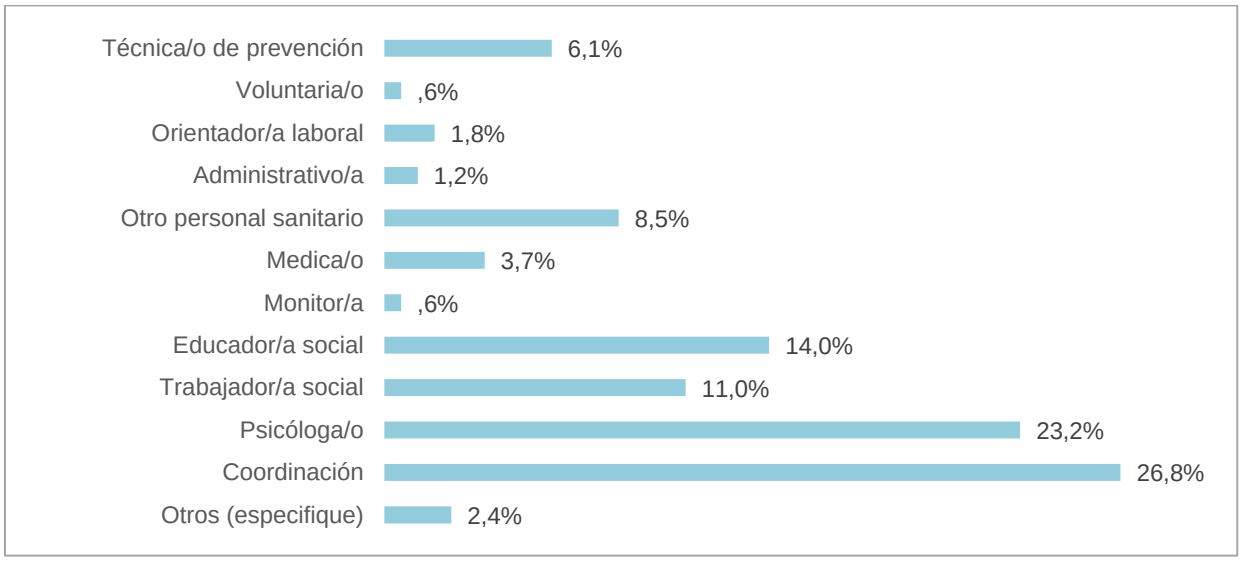
Gráfico 9. Área de adscripción del programa o recurso.



Fuente: elaboración propia

Las personas que han participado en esta fase de la investigación desempeñan sus labores mayoritariamente en puestos de coordinación, psicólogos/as, educadores/as sociales, trabajadores/as sociales y personal sanitario.

Gráfico 10. Puesto de trabajo desempeñado.



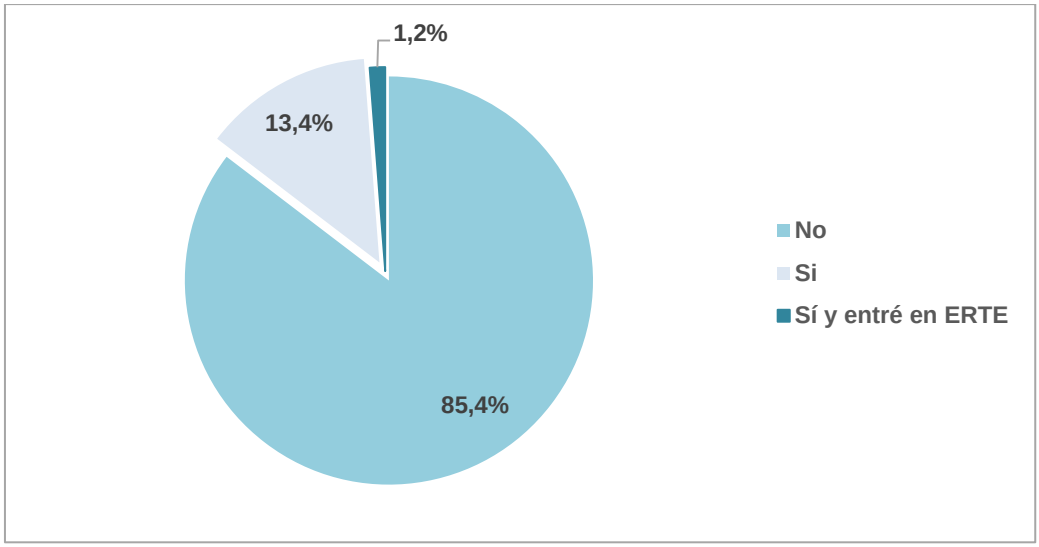
Fuente: elaboración propia

Por lo que se refiere a la continuidad de los programas durante la COVID-19 se observa que la mayor parte se han mantenido abiertos en todo momento (85,4%), mientras que un 13,4% se ha cerrado o cancelado en algún momento durante la pandemia. Asimismo, las áreas en las que trabajaban las personas que han contestado y que se han visto más afectadas por estas suspensiones de actividad, son la estructura de las organizaciones y aquellas que conforman el equipo técnico.

Un dato que llama la atención es la poca incidencia de los Expedientes de Regulación Temporal de Empleo (ERTE) entre las personas que han contestado a la encuesta, tan solo un 1,2%. Sobre todo, teniendo en cuenta los datos globales que ofrece un informe del Banco de España, a partir de los datos de la Encuesta de Población en el que se afirma que el 21,9% de las personas que trabajan en el sector privado entraron en ERTE en el segundo trimestre de 2020[5] (Izquierdo, Puente y Regil, 2021). A pesar de que los datos de la encuesta no son extrapolables a toda la red, sí que llama la atención la gran diferencia entre los datos de población general y los datos de la encuesta. En este punto surge una hipótesis para explicar esta diferencia. Aunque la red de atención a las adicciones no fuera considerada como esencial, por sus financiadores, muchas organizaciones apostaron por mantener abiertos los servicios y programas, debido a su conocimiento sobre la vulnerabilidad de las personas que atienden. Esto aun a riesgo de poner en peligro sus finanzas o incluso su propia continuidad y subsistencia. Esta hipótesis podría explicar el dato que mostraba que muy pocas personas que han contestado a la encuesta hayan estado en ERTE.

[5] Izquierdo, M., Puente, S., & Regil, A. (2021). Los ERTE en la crisis del COVID-19: un primer análisis de la reincorporación al empleo de los trabajadores afectados. Boletín Económico, (2/2021), 1-13.

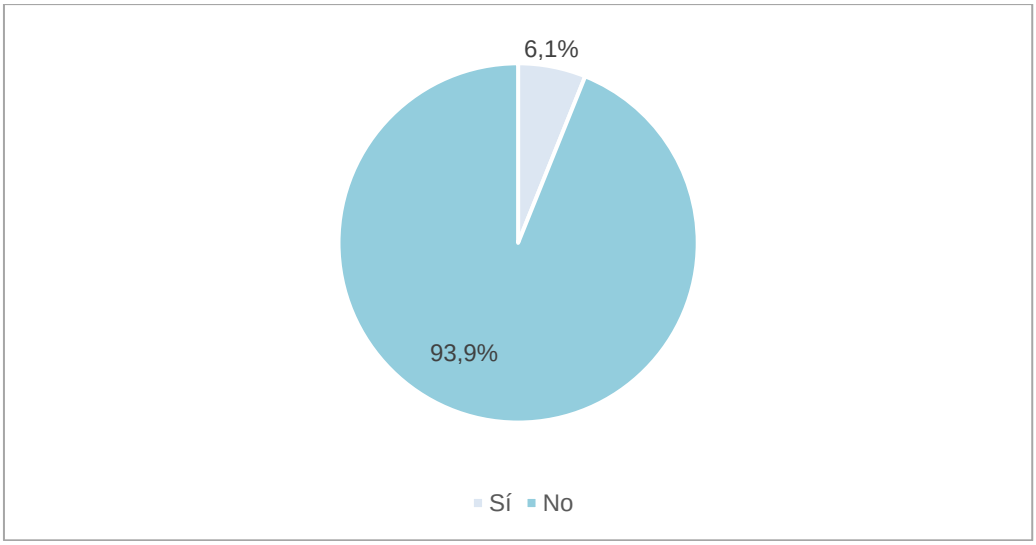
Gráfico 11. Suspensión de los programas a consecuencia de la pandemia.



Fuente: elaboración propia

Los cambios como consecuencia de la pandemia han sido notables y numerosos. A nivel laboral ha habido muchos cambios para las personas que trabajan en la red de adicciones. Por ejemplo, en el grafico anterior se podía observar que algunos proyectos se habían cerrado, dejando a algunas personas sin empleo. En otros casos lo que ha pasado es que las personas han visto modificada su área de trabajo, aunque tan solo el 6,1%, como se puede observar en la siguiente gráfica. De forma que, en los que se hizo una modificación en el área de trabajo se han señalado las siguientes: administración, prevención de drogas y bienestar social, que corresponden al ámbito de estructura y equipo técnico.

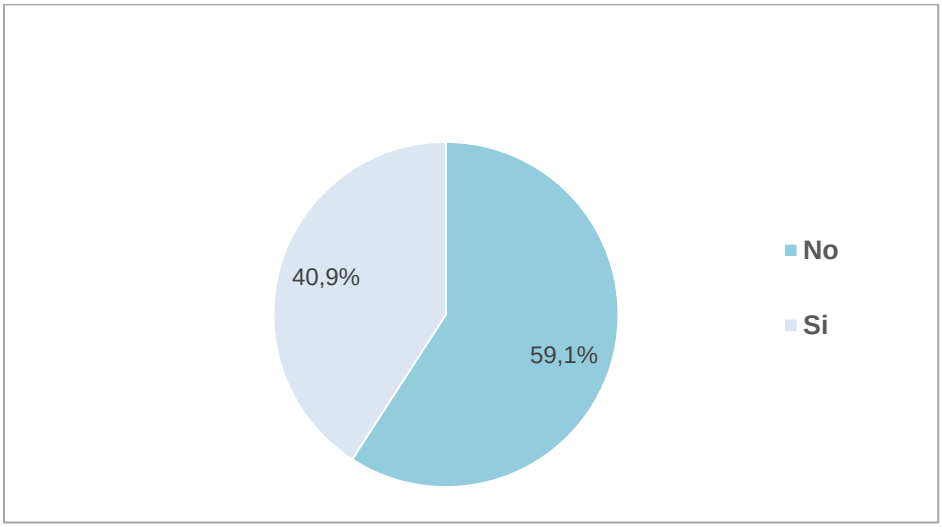
Gráfico 12. Cambio de área de trabajo como consecuencia de la pandemia.



Fuente: elaboración propia

En el mismo sentido, al preguntar a las personas encuestadas si habían asumido nuevas tareas como consecuencia directa de la pandemia, el 41% reconoce haber asumido nuevas tareas. Por lo que a pesar de que de no ha habido mucho cambio de áreas, sí que se han asumido nuevas tareas.

Gráfico 13. Asunción de nuevas tareas a consecuencia de la pandemia.

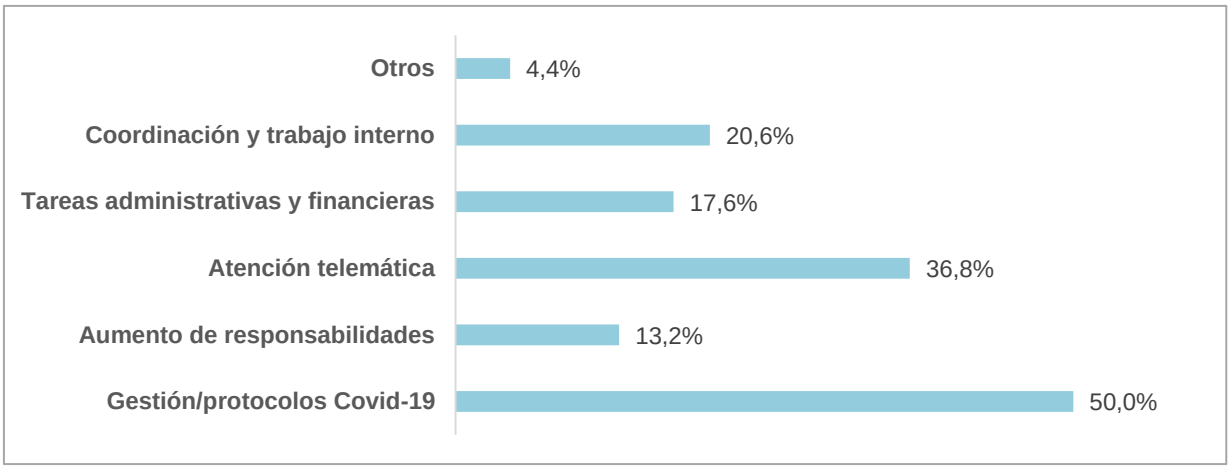


Fuente: elaboración propia

En relación con las nuevas tareas que se han asumido como consecuencia de la pandemia, la gestión de protocolos Covid-19 aparece en primer lugar entre las tres opciones de respuesta. Dentro de la gestión de protocolos se incluye la desinfección, la información, la adaptación de programas y el aumento de material. Por otro lado, la atención telemática, donde se incluye la atención personalizada de casos, aparece como segunda opción conjunta. Por lo que se puede

decir que la mayoría de las tareas están directamente relacionadas con la coyuntura generada por la pandemia. Pero también hay asunción de nuevas tareas como, por ejemplo, un aumento de las responsabilidades previas, la coordinación interna, o de gestión administrativa y financiera.

Gráfico 14. Nuevas tareas asumidas a consecuencia de la pandemia.



Fuente: elaboración propia

Aquellos programas dependientes del área de los servicios sociales y sanidad se encargaron en su mayoría de la gestión de protocolos Covid-19 (ver la tabla de contingencia 2 en anexo de tablas). Lo que resulta razonable ya que se dedican mayoritariamente a atención directa. Sin embargo, en aquellos programas dependientes del área de juventud las tareas se realizaron vía atención telemática mayoritariamente. Esto se debe a que los y las jóvenes durante el confinamiento permanecieron en sus domicilios sin posibilidad de asistir a ningún tipo de programa, lo cual provocó que los programas de intervención con población adulta tuvieran una mayor adaptabilidad a las circunstancias del momento y por lo tanto una mayor asunción de tareas, mientras que otras áreas como prevención vieron reducida su actividad.

Simultáneamente, según el área de trabajo, la estructura de las organizaciones asumió la gestión de protocolos Covid-19 en su totalidad. En cuanto al personal sanitario, vieron aumentadas sus responsabilidades y además asumieron la gestión de protocolos. Los equipos técnicos de los programas incrementaron su carga de trabajo asumiendo funciones en las tareas administrativas y financieras. Por último, los y las técnicas de prevención asumieron únicamente las tareas de coordinación y trabajo interno.

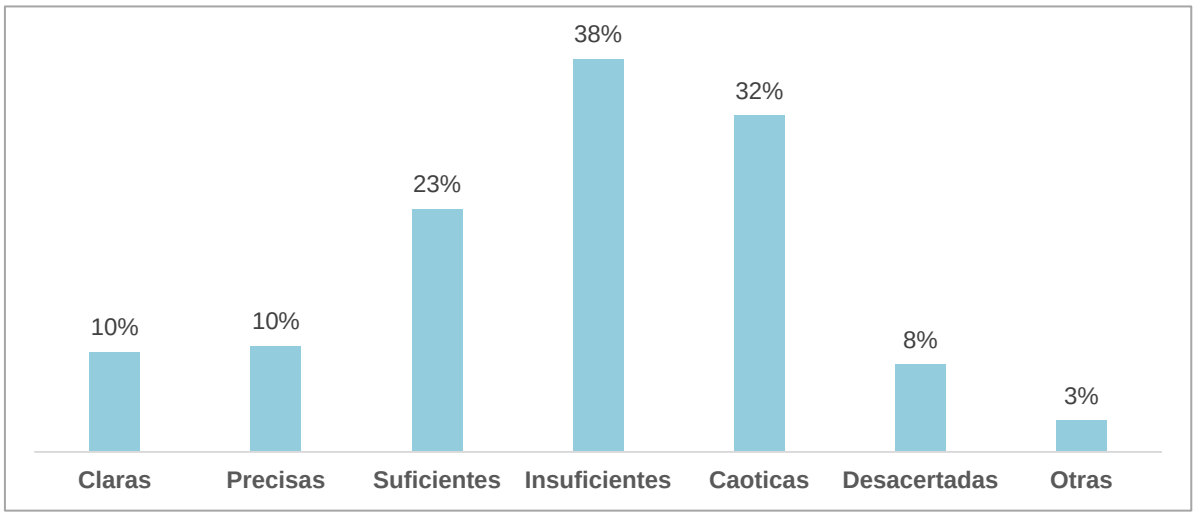
3.2 La incertidumbre inicial y los esfuerzos de coordinación

Los primeros momentos tras la declaración de la pandemia mundial por parte de Organización Mundial de la Salud, se caracterizaron por situaciones de gran confusión, informaciones cruzadas, saturación y la incertidumbre tanto en la sociedad en general como en aquellas personas que ocupaban puestos de responsabilidad en instancias clave de las administraciones. En primer lugar, la disponibilidad o la falta de **recursos higiénico-sanitarios y de protección** durante los primeros meses de la pandemia, fue una cuestión central en la toma de decisiones sobre la viabilidad de seguir con la actividad de los diferentes programas, especialmente los relacionados con la atención directa a las adicciones:

> *"Como responsable, tenía que alcanzar un equilibrio entre los materiales de protección que teníamos, el equipo que tenía que exponer, y el equipo que tenía que dejar en casa porque esto era a largo plazo; o sea, yo supe desde el primer momento que no era una cosa de una semana o dos, y que además había que guardar bastante al equipo; entonces, hicimos un sistema de rotaciones y guardamos las actividades presenciales sólo para lo imprescindible y urgente, teniendo siempre en mente, los materiales de los que disponíamos."*
>
> (Subdirectora General de Adicciones)

En este sentido, en la encuesta se decidió incluir una pregunta para que se pudiera expresar la percepción de los y las profesionales sobre las directrices que se recibían en los primeros momentos de la pandemia por parte de las administraciones responsables de la red de atención a las adicciones. Estas percepciones se pueden considerar como bastante negativas, porque la calificación de las directrices con mayor presencia son aquellas consideradas como insuficientes (38%) y caóticas (32%). Aunque también ha habido percepciones positivas, el 23% consideraba estas como suficientes, el 10% las ha considerado como claras y otro 10% como precisas.

Gráfico 15. Percepción de las directrices recibidas por parte de los y las profesionales.



Fuente: elaboración propia

En las entrevistas se profundizó y se dio una explicación complementaria y aterrizada sobre la situación inicial de la pandemia y la respuesta de las distintas administraciones. **Al inicio de la pandemia, especialmente durante el primer mes, las administraciones se vieron saturadas ante la emergencia sanitaria**, teniendo una capacidad de respuesta muy limitada a cuestiones que excedían la atención sanitaria:

> *"Es verdad que más o menos desde el primer momento se dificultaron un poco las conexiones con la Administración y demás, porque también la Administración, dependiendo también del ámbito sanitario, pues estaba más volcada con otro tema, que no era puramente el de las adicciones ni del Tercer Sector, sino la emergencia sanitaria. Pero luego el sistema de tener que hacerlo todo de manera online sí facilitó poco a poco que fueran aumentando los contactos y el diálogo, el acercamiento, por llamarlo de alguna manera, y sobre todo la elevación de nuestras demandas, era más fácil una reunión con algún alto cargo por ejemplo del Plan Nacional, que a lo mejor en otras ocasiones en que tenía que ser presencial y había que cuadrar mucho más las agendas".*
>
> (Responsable de programas)

En el mismo sentido, se observa que de forma general se han valorado positivamente la relación con las administraciones en referencia al establecimiento de protocolos, la coordinación con los financiadores y la respuesta inicial que tuvieron. Particularmente el establecimiento de protocolos tiene una valoración heterogénea siendo el aspecto mejor valorado, la suma de buena y muy buena es del 43,5%. La segunda mejor valorada es la coordinación con financiadores, cuya

suma de buena y muy buena es de 38%. Y en tercer lugar está la repuesta inicial de los financiadores. Por otra parte, el conocimiento de lo relacionado con la coordinación con financiadores y respuesta inicial de los mismos es desigual según la ocupación de la persona encuestada, por tanto, presenta un menor número de valoraciones.

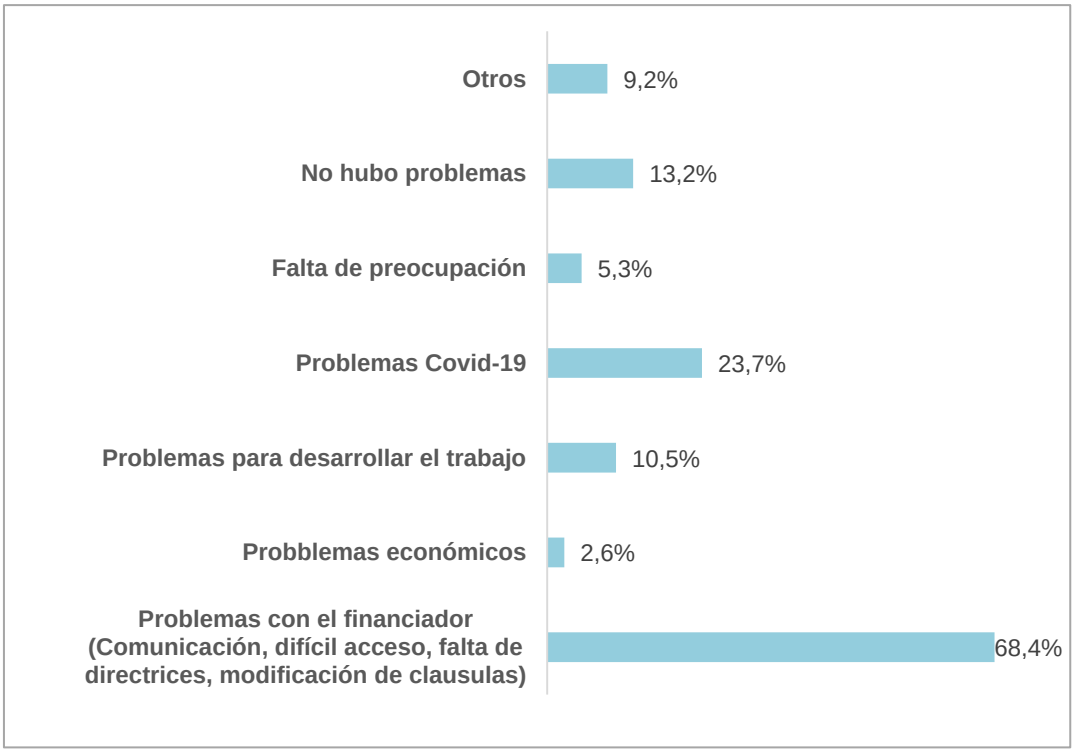
Tabla 2. Valoración de la intermediación con las administraciones y financiadores de referencia. Datos en %.

En porcentaje (%)	1. Muy mala	2. Mala	3. Regular	4. Buena	5. Muy buena	6. No lo sé	Total
Coordinación con financiadores	6,9	14,4	21,3	28,1	10,0	19,4	100,0
Respuesta inicial de financiadores	7,6	13,9	24,1	29,1	5,7	19,6	100,0
Establecimiento de protocolos	9,3	15,5	24,8	35,4	8,1	6,8	100,0

Fuente: elaboración propia

En relación con los problemas que se identificaron en la relación con los financiadores se señala un difícil acceso a la comunicación con los mismos, una falta de directrices y una continua modificación en las cláusulas.

Gráfico 16. Principales problemas con los financiadores identificados por los y las profesionales.



Fuente: elaboración propia

En el análisis bivariable al cruzar la pregunta sobre los principales problemas con las áreas de la administración de las que dependían (las áreas de servicios sociales, sanidad y juventud) sobresalió un aumento en los problemas con los financiadores, especialmente con el área de servicios sociales. Entre los que están incluidos los problemas a la hora de contactar, obtener respuestas a demandas, recibir directrices…etc.). Los programas dependientes del área de juventud señalan en algún caso falta de preocupación del área (ver tabla de contingencia 3 en anexos).

Al cruzar la misma pregunta con la variable de puesto de trabajo, el personal sanitario y los equipos de prevención señalan en mayor medida que han tenido problemas para desarrollar el trabajo, referentes a falta de materiales, falta de acceso a la información etc. (ver tabla de contingencia 4 en anexos). Los puestos de estructura (coordinaciones, administración) y el personal técnico de atención añaden además problemas derivados con la aplicación de protocolos COVID (materiales de protección, desinfectantes, suficiencia de medios).

Un elemento positivo que ha surgido de las entrevistas en profundidad es que **uno de los aspectos más comúnmente señalados por parte de los y las profesionales, ha sido la intensificación, en términos de frecuencia, de las reuniones de coordinación** tanto de manera interna, como con las Administraciones Públicas y financiadores**:**

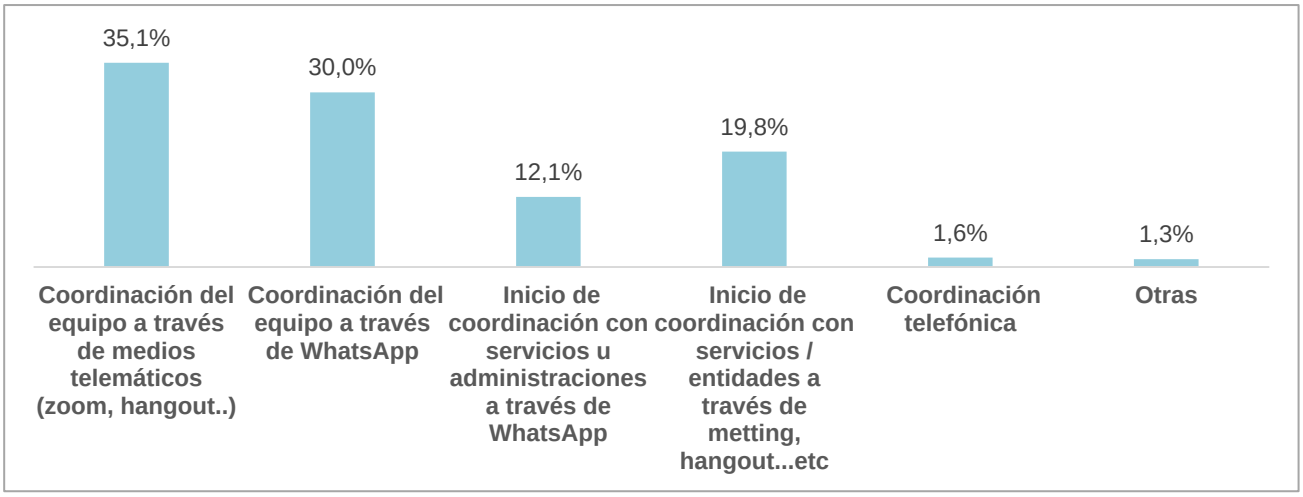
"Se han duplicado, triplicado las reuniones, nos hemos adaptado y hemos recogido mucha información de las entidades y hemos estado continuamente feedback de las reuniones, se lo hemos devuelto a las entidades"
(Responsable de área)

El aspecto anterior es reforzado por la opinión de muchas profesionales es que la coordinación durante el confinamiento y meses posteriores **se ha organizado de una manera mucho más ágil y sencilla que de manera previa a la pandemia**, a consecuencia de la virtualización de las reuniones y, en consecuencia, de una mayor facilidad para agendarlas:

"Todo es más ágil, a nivel de reuniones todo es más ágil, a nivel de coordinación es muy fácil, ya no lo haces todo por teléfono, ya te estás viendo la cara porque ya todo el mundo más o menos ya tenemos aquí cámaras, tenemos cosas."
(Responsable de Plan Municipal de Adicciones)

En concreto entre las actuaciones que se ha realizado/participado durante el año 2020 principalmente hay que señalar la introducción de las herramientas y medios telemáticos para la coordinación. Ese aumento de la coordinación se ha producido a todos los nieles. Tanto con los financiadores como con los propios equipos o con otras entidades que conforman la red. Y se ha podido intensificar gracias a la introducción de nuevas tecnologías. Sobre todo por medio de aplicaciones de videoconferencia como Zoom o Google Meet. El WhatsApp también ha sido una de las herramientas más utilizadas para la coordinación con los equipos te trabajo de los programas u con las administraciones.

Gráfico 17. Actuaciones que fueron realizadas durante 2020.



Fuente: elaboración propia

En las entrevistas se confirmó a su vez que **las redes y plataformas de entidades de adicciones, han visto incrementada su unión desde el inicio de la pandemia**. Elemento que tuvo importancia porque generó una mayor capacidad de interlocución, coordinación de elevar demandas a la Administración, así como para la toma de decisiones de forma conjunta, sobre cuestiones que requerían de una respuesta rápida ante la emergencia sociosanitaria:

"Creo que nos hemos unido mucho más todas las entidades, hemos hecho mucha más piña, y nosotras nos reuníamos una vez al mes y en los inicios instalamos e instauramos como una reunión semanal de apoyo, de cómo estáis, qué necesitáis cada entidad, en qué punto estáis, en qué punto no estáis, es decir que nos ha ayudado mucho a unificar criterios, a ir a la una, a que donde no llegaba la Administración llegábamos nosotras como coordinadoras o como juntas directivas, es decir que ha habido como mucho apoyo entre todas las entidades, sobre todo en Drogas ¿eh? Eso ha pasado mucho en Drogas, que hemos como desde muy al principio instalado reuniones de autocuidado creo yo también."

(Dirección adjunta de programas)

3.3 Protocolos y planes de contingencia

Dentro de las vías de comunicación y de la gestión de la coordinación, ha sido un elemento fundamental el establecimiento de protocolos y planes de contingencia que ayudaron a hacer seguros y viables los distintos programas y servicios. En este sentido, la mayoría de los y las profesionales entrevistadas puso de relieve la ausencia de protocolos propios para el ámbito de las adicciones:

"Sí es cierto que como somos un centro del ámbito sociosanitario, pues algunas veces esos protocolos se asemejaron a los protocolos de las residencias de ancianos y a veces eso ha sido un poco complicado."

(Coordinadora de programas)

"En Salud está la Dirección General de Drogodependencias y ahí sí que tuvimos más respuesta. Paradójicamente el departamento que no nos financia mostró más sensibilidad, conocimiento de la especificidad y acabó haciendo protocolos específicos de adicciones, que nos incluía ahí, más en Salud que en Bienestar Social. A ver, por ejemplo, cuando hacían consignas de comunidades terapéuticas creo que conocen un poco más, pero los pisos de reinserción no tenían ni idea, nos requerían por ejemplo plazas de aislamiento y solo teníamos un lavabo."

(Directora de programas)

Sobre esta cuestión, los y las profesionales han manifestado con frecuencia **una percepción del ámbito de las adicciones como un área secundaria dentro del ámbito sociosanitario** del que, a veces, se desconoce el funcionamiento y la finalidad de sus recursos. Este hecho ha motivado que, en ocasiones, se haya solicitado el cierre de servicios "vitales":

"Un poco yo creo que lo que se ha puesto de manifiesto y esto es lo que hemos reflejado en informes y a posteriori un poco hemos pedido cuentas, es que el colectivo de drogodependencias se ha quedado totalmente al margen (…) se ha evidenciado que el sector de las adicciones es un sector ahí pequeñito, que ni lo conocen, ni conoces las especificidades, porque nos hacían

aplicar, hicieron cerrar todas las comunidades terapéuticas."

(Directora de programas).

"Drogas no sabían si es salud mental, nosotros no somos salud mental, no estamos dentro de salud, nosotros no trabajamos con salud mental ni discapacidad, pero nos entraban con discapacidad. No, no, ni somos tercera edad ni somos discapacidad, somos drogas y es un servicio específico, residencia 24 horas, con profesionales todo el día, pero no había manera. Al final después de mucho luchar entramos en unos planes específicos de contingencia para Drogas y Salud mental, Drogas y Salud mental, pero bueno, ya era importante, ya estábamos en algún lugar."

(Dirección adjunta de programas)

Así, la ausencia de protocolos propios, en conjunción con las diferentes necesidades de cada servicio y programa, **llevaron a la mayoría de entidades a elaborar sus propios planes de contingencia**, en base a los protocolos y medidas de distanciamiento físico establecidos a nivel local, regional o estatal:

"Sí, las propuestas han sido todas nuestras. Sí que es cierto que dentro del marco, pues el camino que te van marcando de "esto tiene que ser así", pues por ejemplo en el confinamiento "hay que trabajar desde casa, proponernos qué vais a hacer, a la vuelta hay que hacer una desescalada, cómo se va a hacer la desescalada."

(Coordinadora de programas)

"Dependemos de la Junta y de los ayuntamientos, han confiado 100% en nosotros, es decir, nos han dicho el protocolo que había a nivel local y en base al protocolo que había a nivel local, a nivel regional y a nivel estatal, pues es como nosotros hemos hecho el propio protocolo interno."

(Directora de área)

Sobre la elaboración de protocolos propios, se han detectado fundamentalmente dos problemáticas: por un lado, las **normativas y medidas sociosanitarias altamente cambiantes** y, por otro, las **indicaciones, en ocasiones contradictorias,** entre las diferentes Administraciones Públicas:

"Recibíamos mensajes distintos en función de la Administración con la que trabajábamos. Por una parte había Salud, que por ejemplo una de las indicaciones muy claras es que tenemos que tener

elaborados unos planes de contingencia y que tendríamos que tener habitaciones y aislamiento por posibles causas de COVID o por sintomatología de COVID, pero claro, eso implicaba de alguna manera que estas plazas, si tú las tenías vacías no podías hacer ingresos tampoco. Desde Bienestar nos pagan por plazas, con lo cual, si en Salud nos decían que esa plaza la teníamos que tener sin cubrir, Bienestar no nos la pagaba."

(Dirección adjunta de programas)

Asimismo, la recepción de protocolos de actuación y el contenido de éstos, han sido cuestiones muy delimitadas por la **Comunidad Autónoma de adscripción de los programas y servicios**, habiendo existido en este sentido, grandes desigualdades y disparidades territoriales:

"Había mucha disparidad, había territorios en los que la Administración no tenía para nada en cuenta a las entidades, estaban totalmente desinformadas las entidades, no les llegaban protocolos de actuación, no les llegaba. Y había en otros territorios en los que sí ha habido más comunicación (…) pero ha sido muy, muy dispar, como cada comunidad autónoma ha tenido su propia situación, algunas han tenido mejor suerte, algunas entidades según el territorio y otras menos."

(Responsable de área)

"Nos ha puesto también de manifiesto otra cosa en el ámbito nuestro en el que vivimos, que es las dificultades que hay en determinados municipios de poder pedir ayuda las Administraciones para muchas cosas. Y eso nos ha pasado con los protocolos y con que no entendieran la peculiaridad de nuestro recurso y que no se entiende la necesidad de este servicio en el municipio, porque solo hay este. Todo el tema de la despoblación, lo que quieras, pero que todavía se ha puesto mucho más en evidencia ahora."

(Responsable de Plan municipal de Adicciones)

En esta línea, las disparidades entre Comunidades Autónomas han influido en la delimitación de los servicios como esenciales o no; cuestión que ha provocado que **recursos de la misma naturaleza, e incluso de una misma entidad, hayan tenido recorridos muy diferentes**:

"Cuando se iban reconociendo como servicios esenciales este tipo de centros sociosanitarios, que también dependía de cada comunidad autónoma, que alguna comunidad sí lo reconocía como esencial, en otras no, y bueno, daba un poco de disparidad que en unos territorios sí podían abrir, en otros tenían que seguir cerrados, incluso dentro de las mismas entidades. Y eso ha creado mucha confusión dentro de las organizaciones."

(Responsable de área)

No obstante, es necesario recalcar que la relevancia e importancia que se ha dado a cada servicio o programa ha tenido, en la mayoría de los casos, una relación directa con el **área de trabajo** al que se adscribe éste dentro del ámbito de las adicciones. En este sentido, los servicios relacionados más estrechamente con el **tratamiento y la atención directa** a personas con problemas de adicciones han sido los que **con mayor frecuencia han podido ejercer su actividad** durante el confinamiento domiciliario al haber sido percibidos, a menudo, como recursos sanitarios esenciales:

> *"En algún momento también hemos actuado como centro un poco de referencia en algún brote, bien porque la persona que era positiva era persona usuaria nuestra, o bien haciendo el seguimiento de personas que hubiesen podido coincidir con ella, de poder avisarles para que fuesen a hacerse una PCR o en cribajes que ha habido a nivel general."*
>
> (Coordinadora de programas)

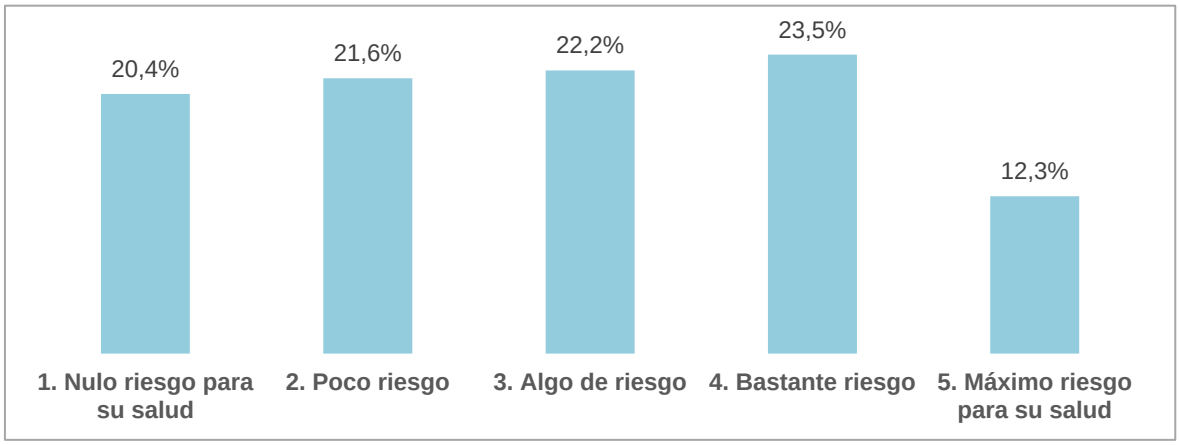
En el sentido inverso, han sido los **programas de prevención y sensibilización los que con mayor asiduidad han visto cerrada su actividad**, incluso más allá del confinamiento, aunque con ciertos matices, como se señalará más adelante:

> *"Creo que la prevención es la María que no se la toman en serio las Administraciones, por ninguna parte y hay recortes presupuestarios. La prevención ha sido un elemento difícil porque además todo lo que es el ámbito municipal que tiene responsabilidades directas con la prevención han decidido no hacer nada."*
>
> (Director de programas)

3.4 El riesgo: su gestión y sus percepciones

La pandemia ha supuesto un riesgo para la sociedad en general, ha modificado muchos aspectos de la vida como la forma en que las personas realizan actividades cotidianas como hacer la compra o trabajar. En cuanto a las condiciones laborales que se han dado a lo largo del 2020 se ha pedido a las y los profesionales que puntuasen el nivel de riesgo para la salud que supuso el puesto de trabajo que desempeñaban. Analizando los datos se puede observar que las posiciones de bastante riesgo y máximo riesgo suman 35,8% de respuestas frente a las posiciones en el otro extremo, la posición riesgo nulo y poco riesgo suman el 42% de las respuestas. Por lo que a pesar de ser evidente que era una situación de riesgo, al ser una pandemia, las percepciones es que no ha sido tanto el riesgo. Esto puede deberse a la disparidad de los perfiles de las personas que han realizado la encuesta.

Gráfico 18. Percepción del riesgo experimentado en el puesto laboral al inicio de la pandemia (de marzo a mayo de 2020).



Fuente: elaboración propia

Efectivamente, si analizamos en detalle y vemos las puntuaciones medias en función del área/puesto de trabajo se observa que hay una mayor percepción del riesgo en función de si, la actividad laboral se podía desempeñar desde casa o no. De forma más concreta en el inicio de la pandemia, se identifican valores altos de nulo riesgo para su salud y máximo riesgo para la salud, como consecuencia de las características del tipo de actividad realizada, esto es, en el primer caso debido al hecho de no poder desempeñar la actividad profesional presencialmente, mientras que, en el segundo caso, se debe a la necesidad intrínseca de desarrollarla en el exterior, teniendo que salir de casa y con mayor contacto con otras personas.

Además, el personal sanitario en el inicio de la pandemia percibe bastante riesgo para la salud, mientras que la estructura de las organizaciones y los equipos técnicos perciben algo de riesgo.

Tabla 3. Percepción del riesgo experimentado en el puesto laboral al inicio de la pandemia (de marzo a mayo de 2020).

Área de trabajo	Media	N	Desv. típ.
Estructura	2,86	40	1,39
Equipo Técnico	2,77	38	1,24
Equipo Sanitario	**3,90**	40	,90
Técnico de prevención	1,50	40	,93
Total	2,76	157	1,41

Fuente: elaboración propia

En la siguiente gráfica se puede ver que los valores extremos de riesgo (Nulo riesgo para la salud y máximo riesgo para su salud) disminuyen significativamente, al mismo tiempo que los valores intermedios aumentan, específicamente la variable “algo de riesgo” se eleva un 12,8%.

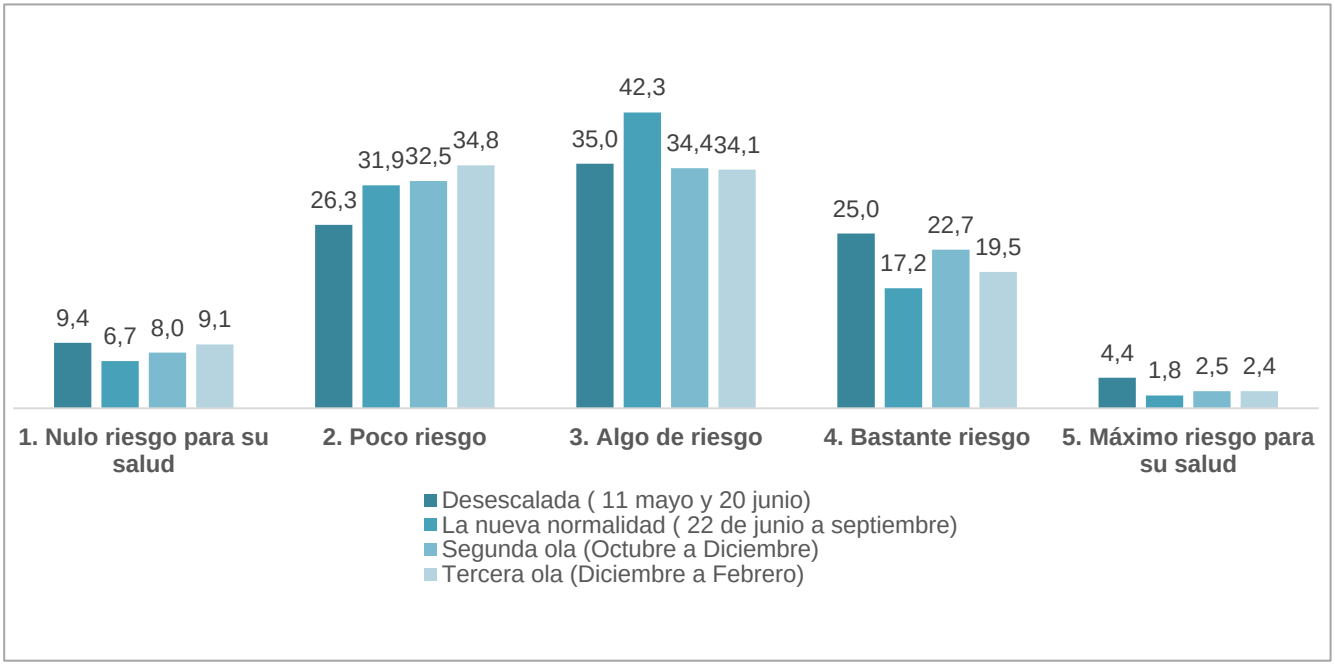
En este sentido, y en comparación con el inicio de la pandemia, en la fase de desescalada, los valores de la percepción de riesgo en el equipo sanitario, equipo técnico y estructura de las organizaciones descienden manteniéndose en algo de riesgo, sin embargo, los técnicos de prevención advierten un mayor riesgo para su salud, posiblemente porque coincide con su reincorporación al trabajo presencial.

Avanzando en el tiempo, en el resto de las fases de la pandemia, las diferencias en las percepciones sobre el riego en función del área de trabajo desaparecen. En la siguiente gráfica se observa una tendencia descendente respecto a la percepción de riesgo en la fase de “nueva normalidad”.

Durante la segunda ola se identifica que los valores de riesgo vuelven a aumentar, especialmente en los valores de más riesgo, por la incorporación laboral.

Por último, en la tercera ola con respecto a la segunda ola se evidencia un mantenimiento en los valores.

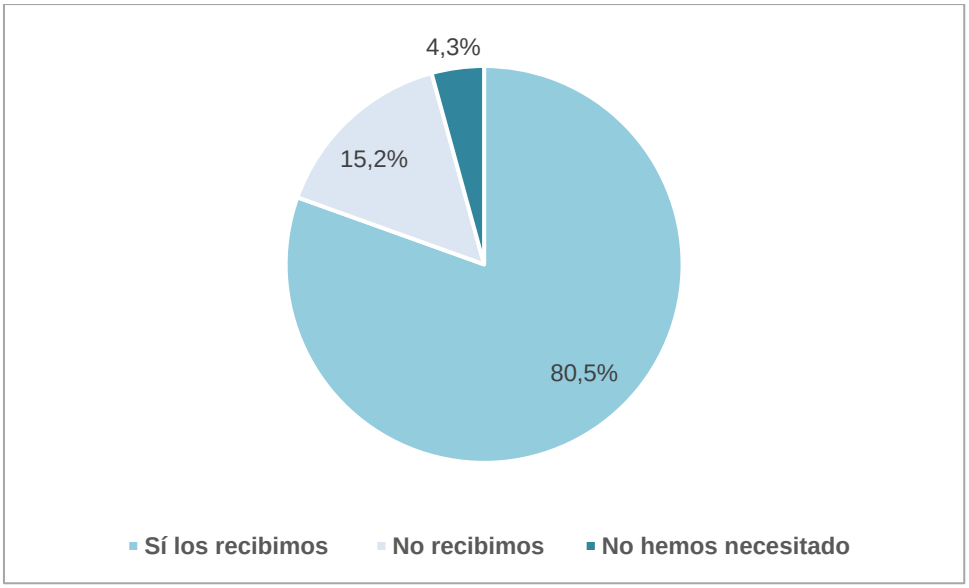
Gráfico 19. Percepción del riesgo experimentado en el puesto laboral durante 2020. Datos en %.



Fuente: elaboración propia

En los párrafos anteriores se ha podido observar la percepción del riesgo y como ésta era mayor en el inicio de la pandemia para ir atenuándose levemente en las posteriores etapas de la pandemia. Esa menor percepción del riesgo puede explicarse por el mejor acceso a los equipos de protección, sobre todo las de aquellas que seguían prestando atención presencial. Preguntadas sobre las medidas de protección, las personas encuestadas han contestado de forma mayoritaria que sí recibieron los equipos de protección necesarios pero que, de forma general, los recibieron en los meses de abril y mayo. Esto encaja con la falta inicial de equipos de protección, que incluso llegó a afectar a los y las profesionales sanitarias que estaban en primera línea en los hospitales.

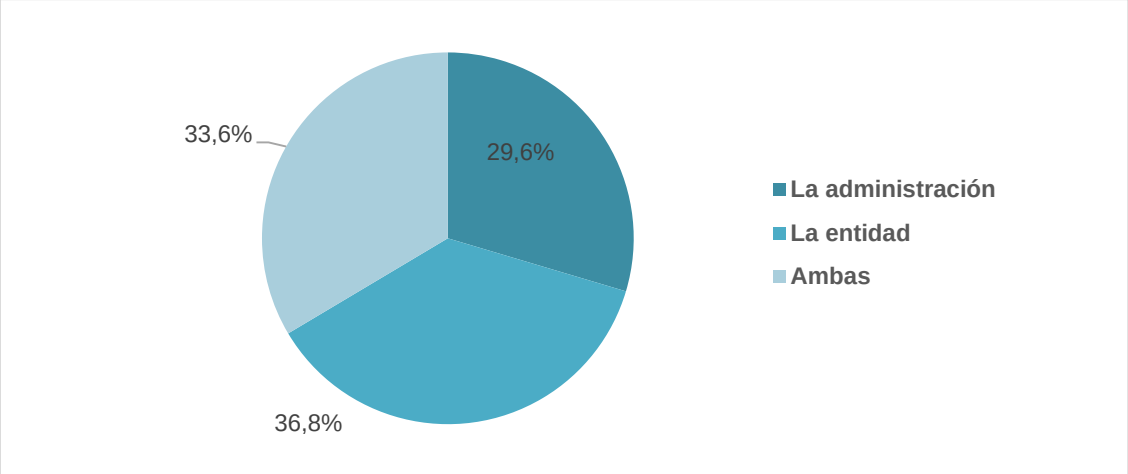
Gráfico 20. Suministro de equipos de protección a los y las profesionales al inicio de la pandemia.



Fuente: elaboración propia

Profundizando sobre esta cuestión sobresale que estos equipos de protección fueron facilitados principalmente por la entidad (36,8%), aunque con un porcentaje muy similar fueron facilitados por la entidad y por la administración (33,6%), también, en un porcentaje algo menor por la administración (29,6%).

Gráfico 21. Organismo de suministro de los equipos de protección.



Fuente: elaboración propia

Sobre esta cuestión, en las entrevistas se resaltó que las Administraciones Públicas tuvieron –fundamentalmente al inicio de la pandemia- una importancia central en el suministro y aprovisionamiento de material de protección a las entidades de adicciones:

> *"Desde el convenio que tenemos con departamento de Salud, que sería la sala de consumo, el programa de metadona y la comunidad terapéutica, pues nos convocaron como un centro más de los que están conveniados con el departamento, pues que incluye por ejemplo, pues las clínicas privadas, o algunas clínicas privadas (…) y expresamos un poco esas dificultades y ellos también fueron conscientes de que realmente lo que nosotros necesitábamos tampoco era mucho, o sea que al final para mantener nuestros recursos con un bote de gel, dos cajas de guantes y tres de mascarillas, pues cubríamos una semana. Entonces realmente nos proporcionaron el material."*
> (Coordinadora de programas)

> *"De hecho con Salud nos hemos sentido muy acompañadas también, o sea que desde los inicios e incluso con todo el tema del material EPI, nos hemos encontrado al principio sin material, ha sido también Salud quien ha apretado y a raíz de ello Bienestar también se puso con ello y recibimos, aún a día de hoy."*
> (Dirección adjunta de programas).

Al cruzar esta pregunta con el área de la administración de la que dependen los programas se puede ver que en los programas dependientes de servicios sociales, los equipos de protección fueron facilitados mayoritariamente por la propia entidad. En los programas dependientes del área de juventud, la administración y la entidad facilitaron los materiales a partes iguales, y en los programas dependientes de área de sanidad, fue dónde lógicamente hubo un mayor esfuerzo por todas las partes para proporcionar los equipos de protección necesarios (Ver tabla de contingencia 5 en Anexos).

No obstante, esta no ha sido la realidad de todas las entidades. Algunas manifiestan haberse sentido desamparadas en la consecución de material de protección, especialmente durante los primeros meses de la pandemia. Fundamentalmente es una cuestión que aconteció en los programas que no estaban orientados al tratamiento o la reducción del daño, al no haber sido considerados *servicios esenciales:*

> *"El problema está en que era complicadísimo encontrar mascarillas, pantallas de protección, geles, nada. El financiador no nos envió material hasta pasados casi 6 meses y desde la Fundación pues se hizo lo que se pudo, pero apenas encontrábamos material suficiente. Claro, esto mientras estábamos confinados pues daba igual, porque nuestro servicio no estaba siendo presencial, pero una vez que tuvimos que volver físicamente, como en el mes de mayo por exigencia del financiador, sí que fue un problema porque hasta que no se abasteció un poco el*

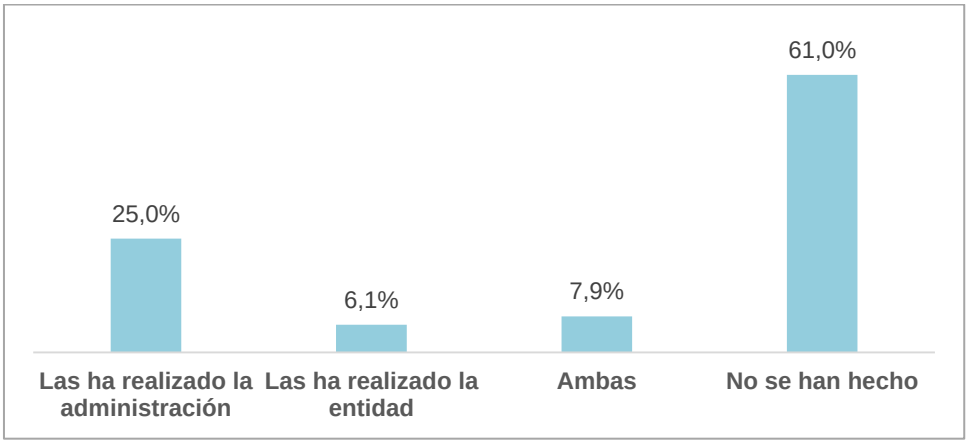
mercado estábamos la verdad es que muy desprotegidos."
(Coordinador de programas)

"Pero nunca se nos ha considerado esenciales, ni a la hora de mandarnos materiales de mascarillas, geles y hemos tenido que ser nosotros los que digamos: estamos aquí, estamos en primera línea, estamos atendiendo nosotros y al menos considerarnos y facilitarnos todo tipo de materiales y eso se ha hecho, a nivel político, para que nos tengan en cuenta en las regulaciones que se han hecho y que nos hemos visto muy desamparados."
(Responsable de área)

Hay otros documentos como la memoria de la Federación Enlace del año 2020 en los que se confirma ese acceso desigual. En ella publican un dato que va en consonancia con los datos de esta encuesta, en concreto dice que "el 57% de sus entidades no ha tenido disponibilidad de Equipos de Protección Integral" (EPIs) (Pág. 2).

A continuación, y relacionado con todo lo anterior se ha preguntado sobre la realización de pruebas PCR. La mayoría de las personas participantes (61%) destaca que no se le realizaron pruebas, y, que de realizarse ha sido la administración quien las ha proporcionado y/o realizado.

Gráfico 22. Organismo de realización de pruebas PCR.



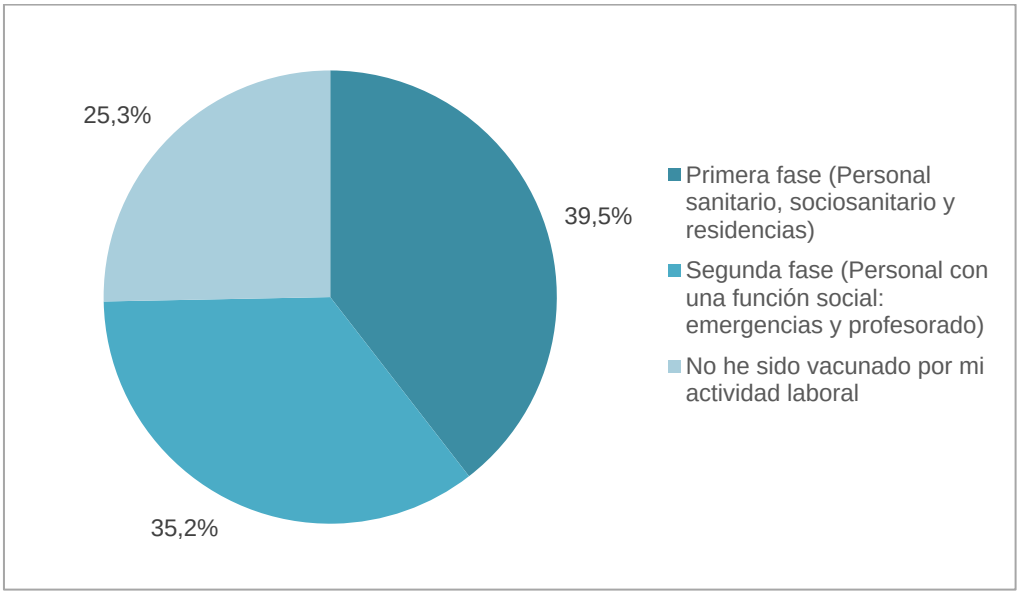
Fuente: elaboración propia

En lo referente a la vacunación, un 34,3% de las y los profesionales fueron vacunados/as en la primera fase de la pandemia, en la segunda fase un 34,3%, mientras que un 24,7% afirma no haber sido vacunados prioritariamente al no considerarse la actividad que realizaban de riesgo para contraer el COVID-19.

Con respecto a la vacunación por puesto de trabajo, la atención directa fue vacunada en la primera fase, principalmente el personal sanitario de los programas, mientras que el personal

técnico de prevención y estructura no fueron vacunados/as en esa primera fase que incluyó a las personas que eran consideradas más de riesgo o más esenciales (ver tabla de contingencia 1 en el anexo).

Gráfico 23. Porcentaje (%) de profesionales según si fueron vacunados/as o no con prioridad por su actividad laboral.



Fuente: elaboración propia

Esta situación fue confirmada también en las entrevistas. Todas aquellas áreas que excedían a lo estrictamente vinculado con el tratamiento directo (prevención, inserción socio laboral, formación, etc.) **no han sido vacunadas de manera prioritaria**, aunque estuvieran prestando atención de manera presencial:

> *"Yo estoy trabajando en un instituto como educadora social a través de una subvención, no como funcionaria, y a nosotros nadie nos ha planteado que nos vacunen, y yo estoy trabajando con adolescentes en un aula exactamente igual que un profesor. Y nosotros como entidad del Tercer Sector dijimos "vamos a ver, es que yo estoy trabajando con grupos, estoy teniendo un contacto directo, lo estoy haciendo exactamente igual."*
>
> (Técnica de prevención)

> *"Han vacunado a las compañeras que están en prisión, en prisión sí que las han vacunado, y ya está, a nosotras no, nos vacunarán cuando nos toque por edad, pero no por la Fundación o por el trabajo que desempeñamos ni nada, aunque hagamos trabajo presencial con personas que muchas veces vienen sin mascarilla porque no tienen recursos."*
>
> (Técnica de prevención)

"Absolutamente, no hemos estado considerados como profesionales esenciales, que fueron los que se vacunaron rápido. Nuestra entidad también tiene centros de salud mental y allí enseguida, cuando empezaron a vacunar también vinieron a vacunar a los servicios de salud mental, a los residenciales. Las adicciones, ahora, vamos con la población general."

(Directora de programas)

3.5 La primera adaptación: la virtualidad

Un cambio importante para las personas a consecuencia de la pandemia ha sido la forma en que se trabaja. Junto a la declaración del estado de alarma se instauro la obligatoriedad de teletrabajar siempre que en función del tipo de trabajo fuera posible. Esto forzó la introducción del teletrabajo de una forma bastante extendida en un entorno laboral poco proclive con anterioridad y con poca experiencia en general. Es cierto, que en la red de atención a las adicciones han convivido ambas formas de realizar el trabajo. Tanto el teletrabajo en aquellos puestos en los que era posible como la continuación de la atención presencial, sobre todo en los servicios de tratamiento sociosanitario. En este apartado también se aborda el tema de los recursos disponibles de las entidades y organizaciones, así como los **recursos tecnológicos** de los que dispusieron para poder adaptar sus modelos de trabajo a la realidad telemática que exigía la pandemia.

En este sentido, cabe señalar el **teletrabajo como la primera adaptación** llevada a cabo por las entidades, dadas las circunstancias de confinamiento domiciliario. Sobre esta casuística, a nivel general, se han detectado **tres puntos de partida diferentes** entre las entidades, que supusieron ritmos de adaptación muy desiguales entre éstas:

1. Las entidades que ya poseían recursos tecnológicos y las normativas que posibilitaban el teletrabajo:

> *"La verdad es que el cambio no fue demasiado grande, porque desde septiembre del 2019 ya podíamos teletrabajar en base a un sistema de escritorio remoto, o escritorio virtual, mejor dicho, que permite trabajar en remoto desde cualquier dispositivo, simplemente instalando una herramienta y, eso, nos facilitó enormemente todo el trabajo. También en temas de normativas, porque si no hay muchos aspectos, como la protección de datos que hubieran ralentizado mucho este proceso."*
>
> (Responsable de área)

2. Las entidades que tenían recursos disponibles para que sus trabajadores/as tuvieran la capacidad de teletrabajar, pero no normativas aplicables:

> *"El teletrabajo nació a raíz de todo esto, no teníamos ninguna normativa de teletrabajo (…) entonces se negoció con el comité de empresa una normativa para aquellos trabajadores que quisieran teletrabajar, cómo lo podían hacer, cómo se podía pedir. Entonces, pues bueno, en esa*

parte había compañeros que ellos preferían trabajar desde casa. Aprovechamos toda esta situación porque ya que teníamos los medios, pues era una buena oportunidad para negociar el teletrabajo, porque tener esta normativa ya nos va a facilitar la adaptación más sencilla a situaciones como ésta."

(Responsable de Plan Municipal de Adicciones)

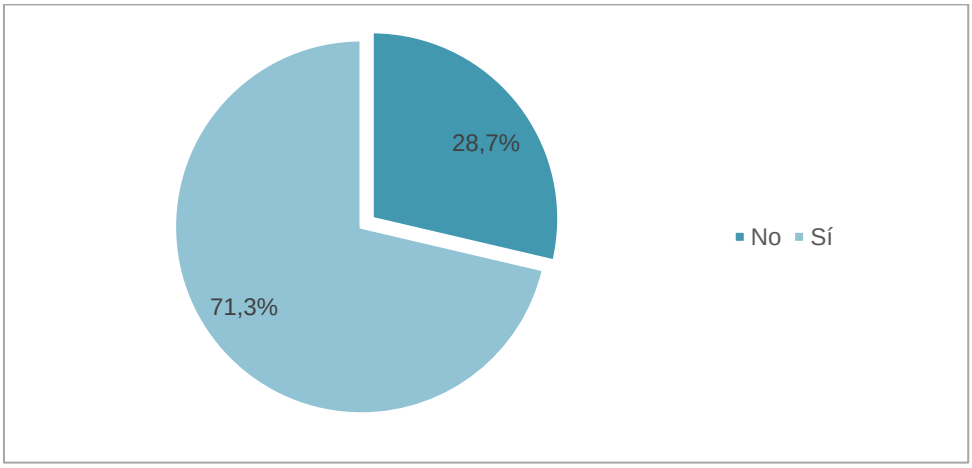
3. Las entidades que no tenían ni recursos ni normativas disponibles:

"Todo esto nos pilló en una situación totalmente nefasta. Porque no teníamos ningún tipo de medio que nos permitiera teletrabajar y había compis pues que tenían muy difícil trabajar con los suyos propios, entonces hubo gente que hasta la tercera o cuarta semana del confinamiento no podía casi trabajar porque es que no tenían con qué hacerlo, hasta que se compraron su propio ordenador en muchos casos, claro. Pero eso no era una solución económicamente viable para todo el mundo (…) y luego está lo del tema de las normativas del teletrabajo, que al no tenerla y no tener equipados los ordenadores de la oficina con remotos, pues había a muchísimos documentos que no teníamos acceso o que, por protección de datos, directamente no podíamos acceder con nuestros ordenadores personales. Un caos."

(Coordinadora de programas)

La mayoría de las personas encuestadas manifiestan haber trabajado de manera virtual durante el año 2020. De forma más específica, las áreas que más han integrado el teletrabajo son el personal técnico de prevención, el equipo técnico y la estructura. Por el contrario, los equipos sanitarios siguieron interviniendo presencialmente (Ver tabla de contingencia 6 en anexos).

Gráfico 24. Porcentaje (%) de profesionales según si teletrabajaron o no en 2020.

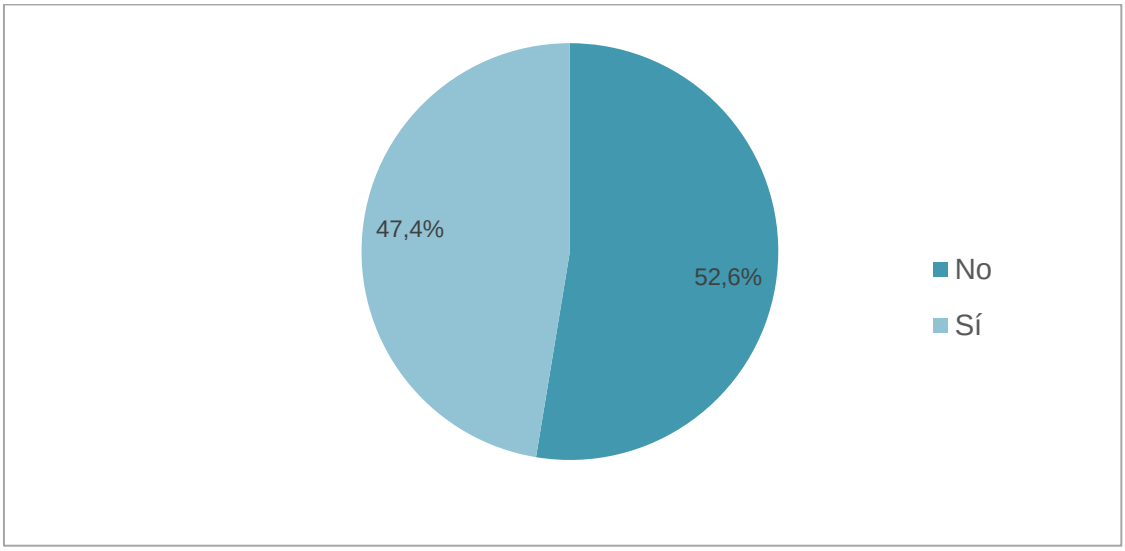


Fuente: elaboración propia

Acerca de los medios necesarios para realizar el trabajo de forma virtual, el 47,4% considera que no ha tenido acceso a los medios necesarios, sin embargo, un 52,6% de los mismos han respondido que sí tuvieron acceso a dichos medios.

En consonancia, los equipos técnicos que son aquellos puestos de trabajo que más desempeñaron el trabajo virtual, son los que reflejan en mayor medida una falta de acceso a los medios necesarios para la ejecución de sus tareas (ver tabla de contingencia 7 en anexos).

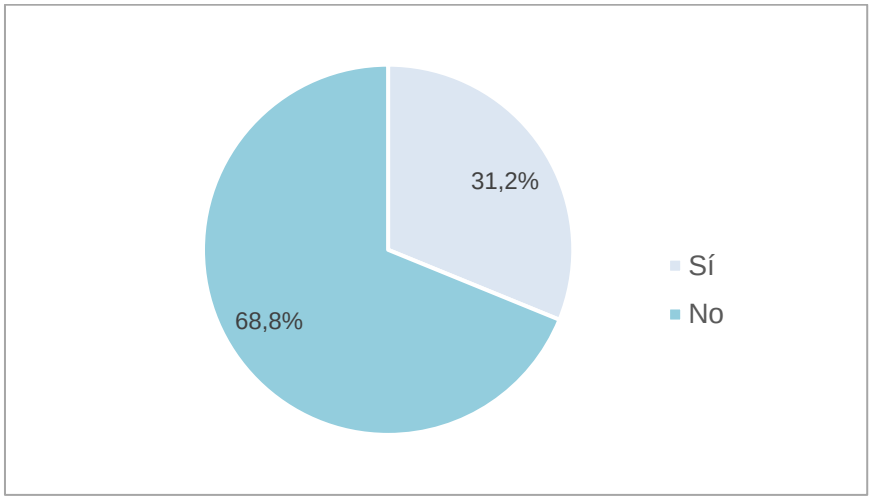
Gráfico 25. Porcentaje (%) de profesionales según si consideran que han tenido o no los medios necesarios para realizar su actividad profesional de manera virtual.



Fuente: elaboración propia

Y relacionado con lo anterior, se pone de manifiesto que, en general, ni las organizaciones ni las administraciones facilitaron los medios necesarios para llevar a cabo el teletrabajo. Sin embargo, las y los profesionales que contestaron afirmativamente, indican que se les facilitaron medios tecnológicos como ordenador, acceso remoto y móvil.

Gráfico 26. Porcentaje (%) de profesionales según si han recibido o no los medios necesarios para realizar su actividad laboral de manera virtual por parte de su organización.



Fuente: elaboración propia

Esto a su vez ha sido confirmado por las personas entrevistadas. Estas señalaron que sus entidades no tuvieron la capacidad de proveer a sus trabajadores/as medios tecnológicos que posibilitaran el trabajo desde casa, de manera que, el teletrabajo, ha sido posible en muchos casos gracias a los recursos propios de los y las trabajadoras:

> *"Si literalmente hemos podido continuar trabajando, ha sido por nuestros propios medios. O sea, casualmente le habíamos regalado a mi hijo un portátil porque empezaba el instituto y entonces por eso teníamos el portátil, si no, no hubiéramos tenido nada. Con tus propios medios, tu teléfono, tus recursos, lo que tú tuvieras empezamos a seguir trabajando así."*
>
> (Técnica de prevención)

> *"Los únicos medios que podíamos utilizar eran los medios personales, quien tenía medios personales, me refiero a un ordenador y un móvil, que es lo mínimo. Y a estas alturas creo que ya no se plantea darnos medios de la organización, aunque visto lo visto y todas las olas, yo creo que es más que necesario."*

Esta cuestión -en ocasiones- generó que en algunos recursos se produjeran problemas o **graves dificultades e incluso incapacidades para arrancar los programas de manera virtual**:

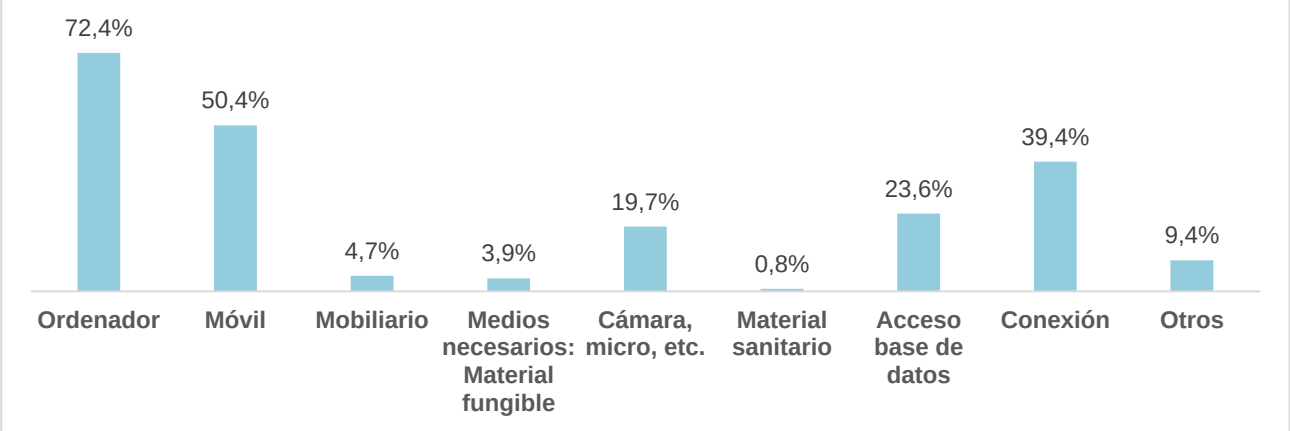
> *"Al cabo de las tres semanas fue cuando nos dieron permiso de poder empezar a hacer orientación por el teléfono. ¿Qué ocurrió? Que el equipo no tenía teléfono móvil, tenía sus teléfonos móviles personales, y tuvieron que empezar a llamar desde los teléfonos suyos personales y eso en ocasiones no era posible por protocolos, entonces esto paralizó mucho que pudiéramos trabajar*

desde casa."

(Coordinador de programas)

Con respecto a los medios materiales que consideran necesarios para poder desarrollar correctamente el trabajo no presencial, las/los profesionales señalan principalmente que necesitan el ordenador, el móvil y conexión a internet.

Gráfico 27. Percepción de los y las profesionales sobre los medios necesarios para llevar a cabo su actividad laboral de manera virtual.



Fuente: elaboración propia

Sin embargo, al igual que para otras cuestiones, esto no ha ocurrido igual en todas las entidades, de manera que en algunas se proveyeron medios tecnológicos para poder desempeñar la actividad laboral de manera no presencial desde el inicio de la crisis socio sanitaria:

"Yo creo que se ha reaccionado rápido, o sea que estábamos suficientemente preparadas como para poder proveer de lo que faltaba. Nadie se ha quedado descolgado, hemos proporcionado teléfonos móviles a lo mejor a profesionales que no lo tenían, para que pudieran hacer la intervención desde casa, psicólogas."

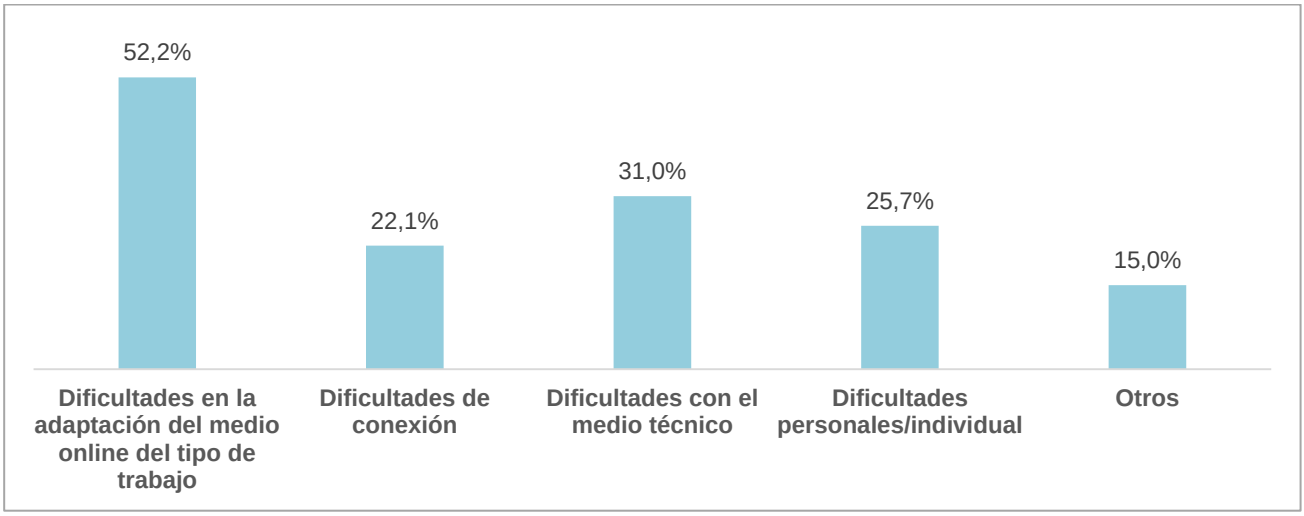
(Directora de programas)

"Son de la entidad, o sea no hemos necesitado nada más porque ya lo teníamos, nosotros tenemos todo por la entidad, tenemos un ordenador portátil porque como nos vamos moviendo de lugar, tenemos nuestro portátil, tenemos nuestro teléfono de trabajo y demás. Lo único por ejemplo que en este caso hemos tenido que proporcionar, pues era nuestra propia línea, nuestra propia línea de internet, que ya previamente también la teníamos en casa todos. Entonces nosotros sí que en eso hemos trabajado tal cual, hemos traído todos nuestros instrumentos a nuestras casas y hemos seguido trabajando, teníamos todo."

(Directora de área)

Por lo que se refiere a las principales dificultades que ha supuesto la realización del teletrabajo y la virtualidad, de manera general se identifican dificultades en la adaptación al medio online de las dinámicas y metodologías de trabajo, horario, pérdida de contacto con las personas usuarias, entre otras causas. Además, se señala las dificultades con el medio técnico, donde se incluye entre otros aspectos la falta de manejo de aplicaciones y tecnologías junto con la insuficiencia de medios.

Gráfico 28. Principales dificultades para realizar el trabajo virtual.



Fuente: elaboración propia

No obstante, en algunos casos, estas dificultades y problemas parecen haberse tornado en una **posibilidad de cambio** dentro de algunas organizaciones, apostando por la **inversión en medios tecnológicos y por la agilización de los procesos de digitalización**:

> *"Ahora existe como opción, ¿sabes? pero que antes no, porque no había los medios, no se trabajaba en ese modo, el tema online, en Administración, esa ley ya está caducada. Entonces los procesos de digitalización también, todo ha sido un impulso en ese sentido, yo lo veo como algo positivo, en ese sentido lo veo bastante positivo."*
>
> (Técnica de prevención)

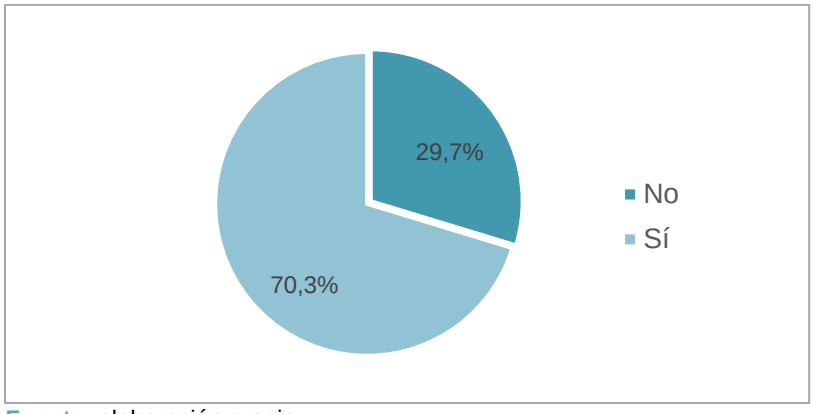
Esta polarización en la capacidad de cada entidad de proveer a sus empleados/as de recursos técnicos, ha puesto en evidencia **la precariedad de medios que sufren algunas entidades** y

que ha condicionado en gran medida la capacidad de adaptación metodológica de los diferentes servicios y programas:

> *"No estábamos nada preparados para adaptarnos a esta situación, desde que contamos con que los aparatos electrónicos de los que disponemos pues son muy precarios, por decirlo de alguna manera, o están medio obsoletos, la financiación para estos proyectos es muy escasa y de hecho apenas permite nada de equipamiento, entonces al final pues andas con un ordenador que bueno, y vale, funciona pues porque tiene que funcionar, con programas informáticos que bueno, pues como puedes, y con móviles que al final es lo mismo, pues son móviles de una gama baja que te permite pues lo muy concreto. Pero claro, todo ello muy ineficiente para lo que la situación requería."*
>
> (Coordinadora de programas)

Estos cambios en las formas de trabajar no han pasado desapercibidos para las personas. Como se ha ido observando la introducción del teletrabajo no solo han recaído prácticamente en su totalidad sobre las trabajadoras de la red, y sobre sus propios medios. Sino que a la vez ha supuesto un aumento en la carga de trabajo en los equipos de trabajo. En concreto el 70% de las trabajadoras que han contestado la ha visto aumentada.

Gráfico 29. Percepción de los y las profesionales sobre si la Covid-19 aumentó o no su carga de trabajo.



Fuente: elaboración propia

En función del área de la administración de la que depende el programa o recurso, la carga de trabajo ha aumentado más para aquellos que dependen de servicios sociales (77%) y de sanidad (67%) (Ver tabla de contingencia 8 en anexos). También en función de la edad hay diferentes percepciones sobre el aumento de la carga de trabajo. En general, todos los grupos de edad la han visto aumentada, a excepción del grupo de mayores de 55 años (ver tabla de contingencia 9 en anexos).

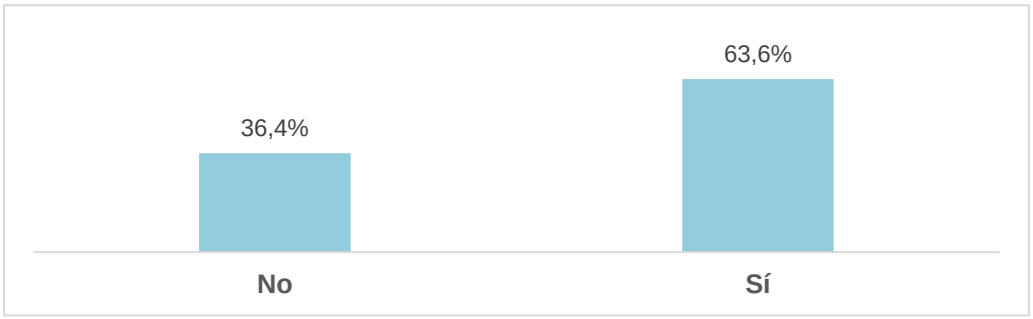
El caso de los recursos dependientes de sanidad parece más obvio por el origen sanitario de la crisis. Sin embargo, el aumento de la carga de trabajo en los proyectos dependientes de servicios sociales se puede explicar por dos motivos. El primero, es el deterioro de las condiciones de vida de las personas que se atienden, y el segundo, es el cierre físico de Servicios Sociales y Ayuntamientos. Esta conjunción de factores supuso en muchas ocasiones **el desvío de demandas o peticiones** que normalmente serían atendidas por las administraciones públicas hacia a las entidades con las que las personas ya tienen relación. Tal y como ha salido en las entrevistas en profundidad con profesionales

> *"Como nos pilló tan de repente y estaban tan perdidas las personas y son tan vulnerables, que lo que venían demandando eran cosas muy básicas, que no sabían adónde recurrir, porque estaban todos los servicios cerrados, eran muchas personas que habían perdido el empleo, personas que se habían quedado sin comedor para ir a comer, era muy de necesidades muy básicas, que casi no eran nuestro cometido, pero no tenían dónde recurrir."*
>
> (Técnica de orientación laboral)

> *"La red de adicciones al no cerrar acabó haciendo muchas de las funciones de servicios sociales que habían cerrado y no hacían atención, acabamos tramitando ayudas, haciendo cosas que eran mucho más sociales desde los servicios que sí que estaban abiertos."*
>
> (Directora de área).

En consonancia con lo anterior, se ha observado un aumento del tiempo dedicado al trabajo. Lo que, se ha debido en parte a la dificultad de separar el ámbito laboral y personal, en la medida que se desarrollan en el mismo espacio físico. Así como a las dificultades de conciliación entre aquellas personas que tenían responsabilidades familiares al cerrar los colegios y al verse disminuidas cuando no desaparecidas las redes de apoyo.

Gráfico 30. Percepción de los y las profesionales sobre si la Covid-19 aumentó el tiempo dedicado a su actividad laboral.



Fuente: elaboración propia

Esto se observa especialmente en el caso de las mujeres que vieron aumentado el tiempo dedicado al trabajo. Las mujeres responden 18 puntos porcentuales más que los hombres que vieron aumentado su tiempo de trabajo. Es en este punto en el que conviene recordar que son las mujeres las principales encargadas de los cuidados en los hogares en España. Según la Encuesta de Empleo del Tiempo (EET) las mujeres dedican de media 4 horas al día a los cuidados frente a las 2 horas de los hombres[6]. Por lo que presumiblemente las mujeres se han visto más perjudicadas por la sobrecarga laboral y familiar:

Tabla 4. ¿La Covid-19 aumentó el tiempo dedicado al trabajo?

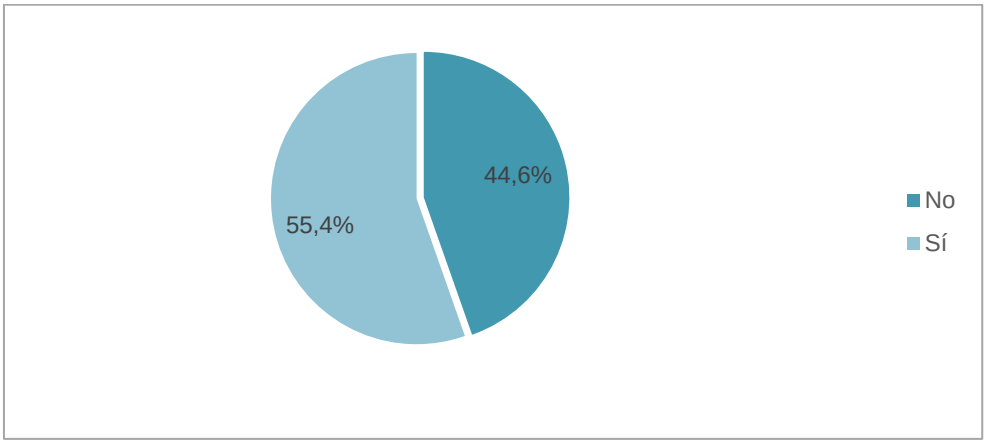
			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
¿La COVID 19 aumentó el tiempo dedicado al trabajo?	No	Recuento	26	41	67
		% dentro de Sexo	32,1%	50,0%	41,1%
	Sí	Recuento	55	41	96
		% dentro de Sexo	67,9%	50,0%	58,9%
Total		Recuento	81	82	163
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia

En función de las áreas de trabajo se ha observado un aumento en el tiempo dedicado al trabajo en las áreas de estructura, equipo técnico y técnicos de prevención. Esto coincide con que son a su vez las áreas donde también se ha desarrollado en mayor proporción el teletrabajo. Sin embargo, este aumento no se dado en los equipos sanitarios donde la presencialidad siguió siendo la pauta mayoritaria (ver tabla de contingencia 11 en anexos).

[6] Datos sobre el uso del tiempo extraídos de las estadísticas que presenta del Instituto de las mujeres: https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Conciliacion/UsosdelTiempo.html

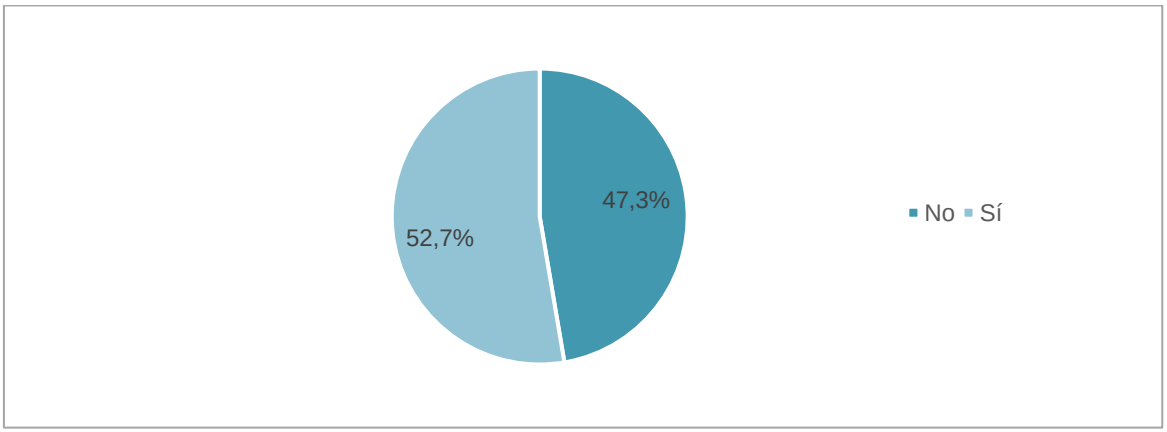
Gráfico 31. Percepción de los y las profesionales sobre si el teletrabajo aumentó el número de horas dedicadas a la actividad laboral.



Fuente: elaboración propia

Además, se refleja cómo algo más de la mitad del equipo profesional que estuvo teletrabajando no disponía de un espacio adecuado y correcto para trabajar. En este caso también se observa una desigualdad de género dado que fueron las mujeres quienes reconocen no haber tenido un espacio adecuado en mayor grado que los hombres (ver tabla de contingencia 12 en anexos). Hecho que puede estar basado en la percepción social sobre la centralidad y la importancia del trabajo en el caso de los hombres y a la menor importancia en el caso de las mujeres, de quienes su trabajo se considera en ocasiones como complementario al de sus parejas. Percepción que hunde sus raíces en la brecha salarial de género, en la feminización de ciertos sectores laborales y en mayor temporalidad y trabajo a tiempo parcial de las mujeres.

Gráfico 32. Percepción de los y las profesionales que han teletrabajado sobre si tenían o no un espacio adecuado para trabajar.



Fuente: elaboración propia

En este sentido en las entrevistas, la mayor parte de entidades han reconocido el sobreesfuerzo que los y las trabajadoras han tenido que realizar para poder llevar a cabo estas adaptaciones; esta **alta carga de trabajo** ha respondido, fundamentalmente, a cuatro motivos:

1. Las frecuentes modificaciones de protocolos y planes de contingencia han requerido de un constante trabajo por **adaptar los programas a las normativas vigentes**:

   "Es que hemos tenido que hacer también un esfuerzo muy grande cada vez que cambiaban las medidas (…) teníamos que volver a repensarlo todo y eso ha requerido una cantidad ingente de horas de trabajo."
   (Director de área)

2. La realización de grupos burbuja de profesionales en los diferentes servicios y programas, ha supuesto de manera frecuente la **ampliación/condensación de las jornadas laborales**:

   "Han intentado atender a todo el mundo y lo han hecho desdoblándose muchas más horas, haciendo terapias online con menos personas, pero en más sesiones, incluso sábados y domingos, esto ellos sí que han trabajado muchísimo."
   (Responsable de Plan Municipal de Adicciones)

3. El que hemos visto previamente, y que se puede resumir en que la pandemia generó que surgieran otras demandas relacionadas con el aumento de la vulnerabilidad de las personas atendidas.

   "En términos de reducción de daños, hemos de decir que tuvimos una situación muy difícil, pues la población que acudía a comedores se quedó sin poder ir a los comedores sociales y dispusimos un abordaje de dar comida desde el propio servicio, lo que después tuvimos que ajustar porque no solo era nuestra población drogodependiente, el cincuenta por ciento se encuentra en situación de calle, sino que también habían muchos vecinos que también tenían dificultades alimenticias y llegamos a tener colas importantes de población en nuestro servicio de reducción de daños que venían a buscarnos comida, que nos la daba una organización."
   (Director de área)

4. Por último, cabe señalar el **tiempo de aprendizaje** que muchos profesionales ha necesitado invertir para poder sacar adelante los programas y servicios por vía virtual:

   "La brecha digital no ha sido solo con los usuarios sino con los técnicos hay sido más evidente que nunca, esto de que tienes siempre pendiente de: tengo que mirar esto, tengo que hacer lo otro, como que te ha venido de golpe y has tenido que echar más horas para investigar y hacer

cositas y luego todo el material que tienes que adaptar a la formación en este caso y a las reuniones que se hace por vídeo llamada y que no tienen nada que ver con lo presencial, fue muchísimo curro en ese lado y por parte de los técnicos también fue ponerse al día, ver qué plataformas digitales hay, cómo funcionan y adaptación de contenidos y metodología de trabajo."

(Técnica de formación)

3.6 Adaptaciones metodológicas

En este apartado se describen y sistematizan las **principales adaptaciones metodológicas y de trabajo** que han desarrollado las entidades que intervienen en el ámbito de las adicciones, haciendo hincapié en los primeros meses de la pandemia y el confinamiento domiciliario, con el objetivo de analizar cómo surgieron y cómo se desarrollaron los nuevos procesos de trabajo.

Los diferentes escenarios y puntos de partida han repercutido enormemente en la capacidad de adaptación que tuvo cada entidad a la realidad de la pandemia, existiendo casuísticas en las que los programas pudieron arrancar su actividad de forma casi inmediata, y otros que tuvieron que ver postergada su actividad durante varias semanas ante la precariedad y la falta de recursos tecnológicos.

En cualquier caso, independientemente de los equipamientos tecnológicos de los que estuvieran provistas las entidades, han existido ciertas barreras que, en mayor o menor grado, han dificultado a todas las organizaciones la adaptación de los procesos de trabajo:

- La **necesidad de digitalización** de la mayoría de los servicios y programas llevados a cabo, con independencia de los medios tecnológicos de los que se dispusieran:

> *"Nosotras es verdad que sí que teníamos portátiles y teléfono y pudimos acoplarnos al teletrabajo fácilmente, pero claro, luego había toda una serie de retos que tenían que ver con virtualizar todos los programas que, en su mayoría estaban planteados exclusivamente para ser presenciales. Entonces tuvimos que ponernos al día con todas las plataformas, que no conocíamos, no habíamos usado zoom, eran cosas que eran muy, muy, muy, muy puntuales, pero que no conocíamos para un trabajo diario. Entonces tuvimos que cambiar todo el plan de intervención a lo virtual."*
>
> (Directora de área)

- La cuestión de la **protección de datos**, especialmente en aquellos programas y recursos que trabajan en intervención directa con personas usuarias:

> *"Ha habido como mucho trabajo con el tema de introducción de datos y de confidencialidad de datos, ¿no?, porque trabajar desde casa implica de que claro, los programas que tú tenías instalados en los servicios de atención a la mujer no los puedes instalar en tu propio ordenador,*

con lo cual ahí ha sido un gran reto también, a nivel de introducción de datos, de cómo mantienes la confidencialidad muchas veces en todo esto, porque no deja de ser algo de que no sabes dónde va, ¿no? En teoría todo es confidencial, pero no es lo mismo, no lo sabes, todo queda en una nube de alguna manera."

(Dirección de programas)

- Las **normativas cambiantes**, que han requerido de una readaptación continua de los programas y servicios desde el inicio de la pandemia:

"Para mí lo más complicado ha sido tener que readaptar continuamente los procedimientos según iban cambiando los protocolos. Esto fue un poco el irse adaptando, cada, cada semana y cada día había una indicación nueva (…) y eso no nos permitía quedarnos tranquilos con un…" vale, ahora hemos conseguido adaptar los programas y ya podemos trabajar bien." Si no que esto implicaba una readaptación constante."

(Coordinador de programas)

- Las dimensiones de las **infraestructuras disponibles** de las entidades, sobre todo en aquellos casos en los que se tuvo que continuar con la actividad presencial o volver a la presencialidad de manera temprana y no se podían garantizar las medidas de distanciamiento físico:

"Otra gran dificultad que tuvimos fue la vuelta presencial que, además, la tuvimos que hacer muy pronto por requisitos del financiador, como a principios de mayo. Entonces el espacio del que disponemos es muy limitado y no podíamos cumplir con las medidas de distanciamiento, entonces tuvimos que bajar en mucho el número de usuarios a los que podíamos atender de manera presencial."

(Coordinador de programas)

A partir de estos elementos, se observa que han existido dificultades comunes a la mayoría de los servicios y programas que, en conjunción con cuestiones reseñadas anteriormente como la disparidad territorial o la Administración Pública de referencia, han influido fuertemente en las posibilidades de adaptación de los recursos.

No obstante, y tal y como se ha venido mencionado, las posibilidades de ajustes metodológicos han sido bien diferentes entre las diversas áreas de trabajo en el ámbito de las adicciones, debido fundamentalmente a dos cuestiones: **la naturaleza misma del área y el público objetivo con el que se trabaja**:

"El elemento definitorio y central, para mí, ha sido el área de trabajo. En nuestra entidad se visibilizan muy bien estas diferencias: no es lo mismo hablar de un servicio residencial, que de un programa de educación de calle, por ejemplo."
(Coordinadora de programas)

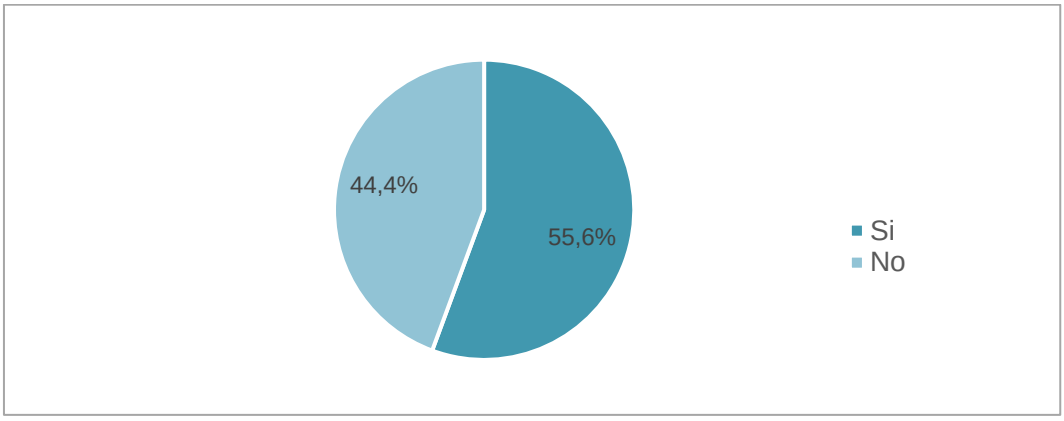
"Cada área de la organización se ha tenido que adaptar de una forma. Unas de una manera mucho más compleja que otras. Para empezar porque el tipo de usuarios no es el mismo y para seguir, por la esencia misma del programa: si es presencial 100% o si hay posibilidades de hacer un seguimiento online, etc."
(Directora de área)

3.7 Las principales adaptaciones surgidas en la encuesta

Acorde con lo anterior, las personas encuestadas indican mayoritariamente que sí se han introducido innovaciones metodológicas. Principalmente innovaciones vinculadas a la transformación digital, donde se incluyen la realización de reuniones telemáticas y atención telemática, junto a innovaciones relativas a la adaptación de programas como la metodología mixta y online.

A aquellas personas que habían respondido afirmativamente se les pedía que especificaran qué innovaciones metodologicas. De esta forma, las principales innovaciones metodologicas han sido la **adatación de los programas y los recursos a una forma de trabajar mixta**, es decir, a la vez telemática y presencial. Esta metodología más presente en las áreas de trabajo de estructura y en los equipos sanitarios. La otra innovación más observada tiene que ver con **la transformación digital,** es decir con la reuniones y la atención telematica. Ambas formas más presentes en las áreas de trabajo de los equipos tecnicos y los de prevención (ver tabla de contigencia 13 en anexos).

Gráfico 33. Percepción de los y las profesionales sobre si la pandemia ha introducido o no innovaciones metodológicas en su actividad laboral.



Fuente: elaboración propia

Estas innovaciones o adaptaciones metodológicas se han visto confirmadas a su vez en la siguiente pregunta específica, y con opciones de respuesta cerradas, al contrario que en la pregunta anterior. En esta ocasión, se han señalado de forma mayoritaria la introducción del seguimiento telefónico, la intervención telefónica, y las actividades grupales a través de medios telemáticos. Seguida de la intensificación en el uso de redes sociales. Así como de la realización de gestiones administrativas.

Tabla 5. Actuaciones que se han iniciado a raíz de la crisis.

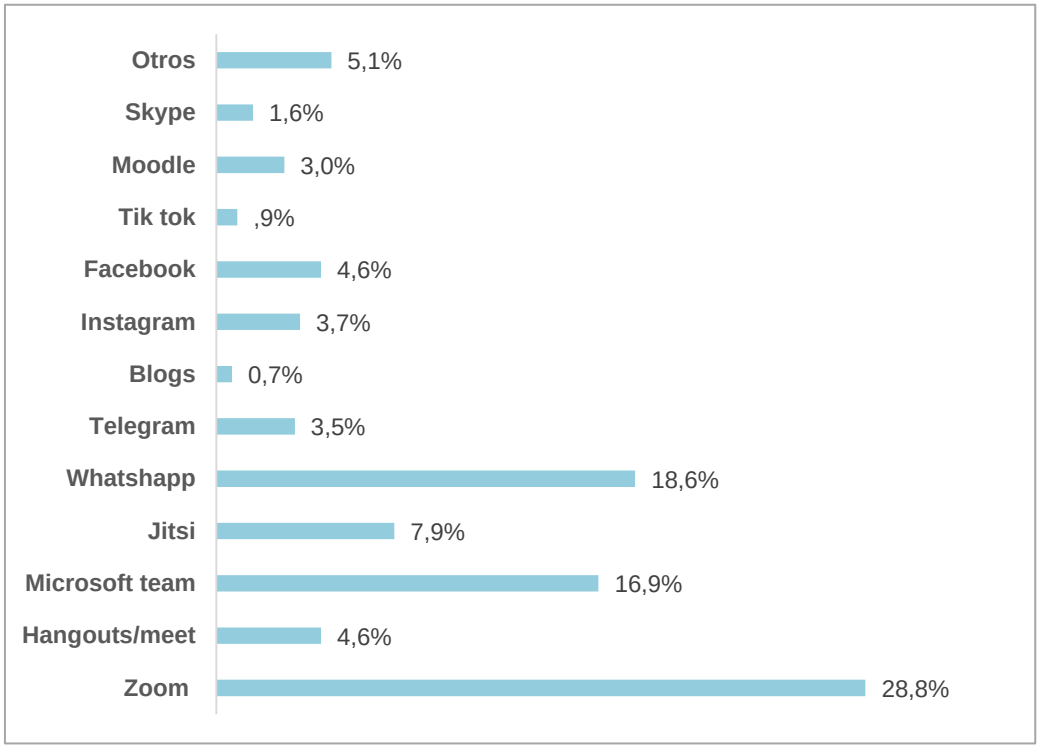
Intervención telefónica	18,2%
Seguimiento telefónico	19,1%
Actividades grupales a través de medios telemáticos (zoom, hangout...)	15,0%
Inicio de utilización de red social (twitter, instagram, facebook, tiktok...)	3,5%
Intensificación de uso en redes sociales ya existentes (twitter, instagram, faceboook...)	8,7%
Inicio de utilización de WhatsApp/Telegram pare intervención individual	7,2%
Utilización de WhatsApp/Telegram para divulgación de información	7,5%
Asesoramiento de uso de plataformas para trámites administrativos (Ertes, IMV, Bajas laborales…)	5,5%
Realización directa de trámites administrativos de personas usuarias a través de soporte informático (empadronamiento, ingreso minimo vital, etc.)	8,4%
Utilización de grupos de WhatsApp/Telegram como herramienta de trabajo grupal con personas usuarias	6,3%
Otras	,8%

Fuente: elaboración propia

En relación con las plataformas o aplicaciones que más se han empezado a utilizar profesionalmente cabe destacar las siguientes: Zoom con 28,8% de respuestas, WhatsApp 18,6% y Microsoft teams con un 16,9%. Pero hay otras muchas como jitsi (7,9%) o google meet/hangout (4,6%).

Todas estas aplicaciones han posibilitado estos cambios en las formas de trabajar e intervenir que se han venido observando. No hay sorpresas en general dado que todas ellas han ampliamente utilizadas.

Gráfico 34. Plataformas que se comenzaron a utilizar a raíz de la pandemia.



Fuente: elaboración propia

Teniendo todo lo anterior en mente, en los siguientes apartados se enumeran las principales adaptaciones metodológicas que se han llevado a cabo durante el confinamiento domiciliario y los meses posteriores desde la experiencia en los diferentes ámbitos de la red de adicciones. Pero siempre teniendo en cuenta que la pretensión del presente estudio no es hacer extensibles o extrapolables estas cuestiones a todos los programas y recursos, sino exponer y sintetizar los aspectos mencionados más reseñables de cada ámbito.

3.8 Las adaptaciones a través de las entrevistas: un recorrido por las áreas de acción en adicciones

3.8.1 Prevención

En primer lugar, en lo referido al ámbito de la prevención, los discursos extraídos y analizados de las entrevistas muestran que, de manera general, han tenido lugar dos escenarios muy polarizados dentro de esta área: de un lado están los programas en los que la pandemia afectó gravemente su nivel de actividad llegando incluso a suponer su cierre; y en el otro lado los programas que vieron reforzada su participación y su intervención.

En lo que respecta a la primera casuística, **programas gravemente afectados**, se reseña que, una de las principales barreras por las que tuvieron que atravesar al inicio de la pandemia fue su justificación ante la administración para poder continuar con su actividad, especialmente en el caso del trabajo con grupos:

> *"Por ejemplo, en prevención indicada trabajan a través de actuaciones principalmente individualizadas, entonces, entonces era como mucho más sencillo, está el teléfono, tal. Pero cómo trabajo yo, con grupos, y mucho más, cómo le justifico yo a los ayuntamientos y a la Administración que este trabajo es posible, teniendo en cuenta que nosotros no lo habíamos hecho nunca y que nadie estaba preparado para una situación así. Entonces hubo reacciones diversas, principalmente de muchas dudas, los técnicos, técnicas."*
>
> (Directora de área)

Asimismo, desde el discurso de los y las profesionales **se asumió que el área de la prevención no resulta un ámbito prioritario de trabajo dentro de las adicciones**, habiendo motivado esta cuestión el cierre de muchos de los programas:

> *"Entonces se ha relegado mucho y es que la prevención realmente nunca ha tenido un lugar digamos preferente ni prioritario, pero sí, como todos sabemos, entonces esto ya suma, suma a eso, a lo que no es prioritario antes mucho menos va a serlo en estas circunstancias."*
>
> (Técnica de adicciones)

En concreto, han sido los programas de prevención en centros escolares los que más se han visto afectados, debido al cierre de los centros educativos e imposibilitando su ejecución y/o no habiendo dado las Administraciones Públicas la posibilidad de trasladarlos al ámbito online:

"Cuándo empezó el curso hablamos con todos los directores y directoras de centros escolares y nos dijeron que el tema de los talleres que nos olvidáramos. En nuestro municipio ha sido imposible realizar nada que tuviera ver con colegios o institutos."
(Responsable de Plan Municipal de Adicciones)

En el caso de los programas escolares que consiguieron mantenerse, según los discursos de los y las profesionales, las vías de adaptación de éstos fueron fundamentalmente dos: **la reformulación de los programas para que pudieran ser llevados a cabo por el profesorado** de los centros educativos de manera online o **la traslación de los programas a talleres online realizados por los/as propios/as profesionales de la prevención**:

"Lo que hemos hecho ha sido depositar en el profesorado la carga del trabajo, es decir, en vez de ir nosotros o nosotras a hacer los talleres o hacer la actividad de la mano del profe o de la profe en el aula (…) hazlo tú con nuestra ayuda y nuestro apoyo telefónico y online (…) Entonces hemos tenido que elaborar toda la documentación, todas las actividades, recursos audiovisuales incluidos, para facilitarle paso a paso que lo que antes era un taller de cuatro sesiones sea ahora una guía didáctica para hacer un programa en cuatro sesiones."
(Subdirector de programas)

"Bueno la principal solución que encontramos para poder continuar con la actividad en los centros, fue proponerles trasladar los talleres a una plataforma digital a través de videollamadas interactivas y la verdad es que al final lo aceptaron, pero tras muchas dudas."
(Coordinadora de programas)

Por otro lado, hubo otro escenario dentro de los programas de prevención en el que **se asumió que éstos se vieron incluso reforzados desde el estallido de la pandemia**. A este respecto conviene señalar que, para algunas entidades, el área de prevención ha sido el más sencillo de adaptar metodológicamente, debido a la posibilidad de virtualizar los programas y a la alta inmersión digital tiene su población diana, siendo ésta, principalmente, la juventud:

"Es verdad que los programas de prevención se han adaptado mejor porque ha sido mucho más fácil contactar con la gente joven a través de la tecnología, porque la tienen más integrada al día a día y esa parte fue más fácil, pero hubo que hacer un esfuerzo grande, porque prevención no es cualquier cosa, los programas tienen que estar muy bien pensados, cuál es mi objetivo, qué quiero hacer y después desarrollar una serie de metodologías para captar todo ese tipo de cosas y lo que es la adaptación metodológica por parte de ellos y por parte de los profesionales que estamos aquí, ha sido todo un trabajo, pero sí que es verdad que ha sido fácil dado que el enganche con las personas más jóvenes es más fácil."

(Responsable de área)

Así, las principales adaptaciones que han emergido en esta área tienen que ver con las **llamadas telefónicas** y las **videollamadas** para el seguimiento individualizado y la intervención con familias, así como para la realización de actividades grupales:

"A nivel general, desde que veíamos la que se nos venía encima, planificamos sobre todo dos vías de trabajo: las llamadas telefónicas, que esto lo hemos venido usando para hablar con las familias sobre todo y con los chavales cuándo fuera necesario y luego las videollamadas como nuestra herramienta de trabajo principal que nos permitió trasladar todo lo que hacíamos en el centro, de manera física, a las pantallas y las casas de los chicos."

(Coordinadora de programas)

En este sentido, **la crisis sociosanitaria y el confinamiento en particular supusieron una alta digitalización de los programas por parte de los equipos de prevención**, de manera que éstos pudieran trabajarse de manera grupal de forma interactiva y ágil, a través de plataformas de videollamadas y de ocio y tiempo libre:

"Luego había proyectos que eran muy presenciales y que eran muy de aula, entonces lo que hemos tenido que hacer ha sido virtualizarlos, crear contenidos o adaptar esos contenidos para ser llevados a cabo de manera telemática durante el confinamiento."

(Subdirector de programas)

"*Hemos hecho de todo pero a través de Internet. Hemos hecho scape room online, participando grupos de los siete pueblos, o sea con cursos a nivel provincial. Hemos hecho freestyle, o sea batallas de rap online, con concursos, con premios y con todo. O sea, todo lo hemos hecho online."*

(Directora de área)

Desde varias entidades también se ha reseñado el uso de aplicaciones de mensajería instantánea para la comunicación individual y con los grupos de trabajo, mencionándose incluso la creación de una "consulta joven" a través de este canal:

"Pues estas intervenciones en calle se adaptan a través de redes sociales y se estableció por ejemplo una consulta joven online a través de WhatsApp, una consulta joven en que los jóvenes podían preguntar alguna duda que surgiese tanto en tema de consumo como en participación a través de online con unos horarios concretos en el que conectaban con la educadora."

(Coordinadora de programas)

En esta línea, cabe reseñar la importancia que ha tenido el uso de RRSS dentro del ámbito de la prevención. Así, a menudo, desde los programas se han creado perfiles de RRSS y/o se ha

intensificado su uso, trasladando muchas de las actividades que se realizaban de manera presencial a estos canales:

> *"El uso de las redes pensábamos que no iba a tener mucho tirón porque ya teníamos perfiles y la verdad es que no nos funcionaban muy bien, pero la verdad es que nos pusimos las pilas y no pudo haber funcionado mejor (…) y no han servicio solo para notificar lo que se iba a hacer. Han servido como vía para la sensibilización y para hacer llegar mensajes a una población a la que antes no conseguíamos localizar."*
>
> (Coordinadora de programas)

Toda esta virtualización de contenidos y actividades, en conjunción con el uso intensivo de RRSS ha dado paso, incluso, a la asunción de estas adaptaciones metodológicas como un **nuevo modelo de intervención** que requiere, al igual que en la presencialidad, *de una planificación y programación acorde a los objetivos que se pretenden conseguir:*

> *"Se nos ocurre el concepto de tele-ocio, que al principio era como un poco, pues, un poco en una nube ¿no? Decir, vale, sabemos lo que queremos hacer pero ¿cómo lo vamos a hacer? O sea, tenemos nociones de redes sociales porque las utilizamos antes del confinamiento, sabemos usar, pues algunas herramientas de video, canales de comunicación como YouTube, pero cómo vamos a hacer esto para que quede bien y no sea una cosa como cutre ¿no? Entonces, el primer día lo que hacemos es programar una semana, durante los primeros meses vamos programando semanalmente para no adelantarnos (…) Y hacemos una combinación del uso de las redes sociales con directos, con cursos, con retos y videos, videos editados pues de ocio concreto (…) esto ha sido algo circunstancial, pero de algo circunstancial ha nacido un nuevo modelo de intervención, una nueva metodología ¿no? Que es, el uso de las redes sociales para hacer prevención y además una prevención que llega a mucha más gente de la que podemos atender presencialmente."*
>
> (Coordinadora de programas)

3.8.2 Atención integral y multidisciplinar

En lo relativo a los recursos de atención integral a personas con problemas de adicciones, cabe mencionar en primer lugar, el caso de las **comunidades terapéuticas**. En este sentido, la primera gestión que se hizo en muchas de ellas fue plantear a sus usuarios/as la opción de que quién pudiera y tuviera la oportunidad, podría hacer el **confinamiento domiciliario fuera de las instalaciones**, con sus familiares u otras redes sociales:

> *"Nosotros propusimos lo siguiente ante el estado de alarma, el que aquellas personas que tuvieran familia y un marco más o menos normalizado en el que poder residir y que voluntariamente quisieran salieran de la comunidad terapéutica para pasar el confinamiento domiciliario en sus respectivos domicilios. Y aquellas personas que aunque tuvieran familia consideraran que iban a estar más protegidos en la comunidad terapéutica residencial, pues que se podían quedar perfectamente."*
>
> (Dirección de entidad)

Desde este punto, se realizaron dos vías de trabajo en las comunidades terapéuticas: **videollamadas y llamadas telefónicas** con las personas usuarias que decidieron realizar el confinamiento en otros lugares, y **tratamiento normalizado** con quienes se quedaron dentro de las comunidades, con excepción de la creación de grupos burbuja entre las personas trabajadoras para protegerse a sí mismas y a las personas usuarias:

> *"Con los 20 que salieron a sus domicilios se mantenían entrevistas telefónicas o telemáticas, si se podían conectar, semanalmente, y además ellos tenían la opción de poder en cualquier momento del día también el poderse conectar con nosotros para cualquier tipo de dificultad que pudieran tener. Y con los que se quedaron confinados en comunidad terapéutica, pues continuamos con un trabajo, pues bueno, de muchísimo apoyo, mucha cercanía, de estar ahí con ellos."*
>
> (Dirección de entidad)

En lo relativo a los nuevos ingresos, cabe señalarse que algunas comunidades terapéuticas paralizaron los trámites de este tipo, mientras que otras sí que los posibilitaron en cuánto se vieron provistas de material de protección, prácticamente al inicio de la pandemia, garantizando las medidas higiénico-sanitarias a través de la realización de PCRs y del establecimiento de espacios de aislamiento para la realización de las cuarentenas:

"En las comunidades terapéuticas, en cuánto tuvimos recursos, conseguimos que se hicieran PCR para ingresos y se configuraran áreas de cuarentena o aislamiento para esos primeros ingresos… siempre todo con una coordinación intensa."

(Responsable de programas)

Pese a que la percepción general de los y las profesionales es que ha habido una escasa innovación en esta área -más allá de haber llevado lo telemático al seguimiento de usuarios/as- cabe señalar la **flexibilización de las normativas** en algunas Comunidades Autónomas, que posibilitaron que los nuevos ingresos pudieran tener contacto con sus familiares a través de videollamadas; una cuestión que no estaba contemplada con anterioridad a la pandemia y que se percibió como un gran valor añadido para los y las profesionales:

"El tema de las normativas en las comunidades es como bastante rígido y ha habido yo creo un efecto interesante como de, por ejemplo, si una persona habitualmente en primera fase, que es el primer mes o dos meses, normalmente no ve a la familia, o no habla con la familia, o con sus hijos e hijas, pues ahora se ha permitido, se han introducido las videollamadas a las familias, que no se utilizaban, y eso ha sido una adaptación que ha funcionado."

(Dirección de programas)

"Una cosa que creo que también ha ayudado mucho es sobre todo con las mujeres, cuando ingresan en un servicio residencial hasta ahora los primeros 15 días no podían comunicarse con la familia, y esto lo hemos cambiado y hemos introducido que las mujeres que tienen hijos desde el primer día puedan comunicarse ya con los niños a través de videoconferencias y eso lo hemos mantenido y ya se va a quedar independientemente de la pandemia."

(Directora de programas)

En lo concerniente a los **centros de día,** según las experiencias recogidas, éstos cerraron las primeras semanas del confinamiento para evitar que las personas usuarias se tuvieran que desplazar entre municipios, en tanto que la movilidad se percibía como un alto riesgo para ellos/as mismos/as y para las personas trabajadoras. Durante ese tiempo, los y las profesionales relatan haber realizado un seguimiento telefónico individualizado en primera instancia y, más tarde, también videollamadas individualizadas y grupales:

"El centro de día lo que hicimos fue atención telemática, y desde ahí también atención individual, porque sí entendíamos que había personas en una situación, o sea el centro de día con la actividad normal no estaba abierto, lo que estaba abierto era la atención porque precisamente son personas con menos recursos sociales, red social y el tema del confinamiento era especialmente duro. Yo recuerdo que quizá un par de semanas no vinieron físicamente, se mantuvo la atención sobre todo telefónica, y después telemática porque también hubo que acompañar en eso, en ir

dando las herramientas para poder mantener el contacto, pero al menos una vez a la semana y a veces dos (…) también en grupos, porque se pudo hacer ese trabajo con las personas de ayudarles con lo telemático, se hicieron grupos telemáticos."
(Coordinadora de programas)

Al mismo tiempo, también se transmite la idea de que los centros de día se abrieron lo antes posible por necesidad de las personas usuarias. En este sentido, la apertura de los centros, supusieron **creaciones de grupos burbuja** y **acompañamiento virtual** a quienes no podían asistir presencialmente:

"Una vez que se volvió a la actividad presencial, que creo que el centro estuvo cerrado solo dos semanas, se hicieron más turnos, más teletrabajo, más posibilidades desde casa y después se empezó a atender en individual y eso se mantuvo hasta la desescalada, cuando ya en mayo se empezaron a relajar las medidas, ya la atención grupal ha sido por la mitad del colectivo, se dividió en dos partes, que era lo que nos daba un poco por aforo y a partir de ahí se trabajó con dos grupos burbuja (…)así que en resumen lo que se hizo fue la limitación de aforos, la atención individual y la atención un poco más de sostén, telemática, telefónica y los grupos telemáticos."
(Coordinadora de programas)

Por otro lado, profundizando en las adaptaciones que se realizaron en los **servicios ambulatorios**, se destaca por parte de los y las profesionales que ha sido una de las áreas en las que **menos se virtualizó** la actividad debido a, entre otros motivos, a la consideración del perfil de las personas usuarias de este tipo de recursos como más reticentes a la situación que en otros servicios de atención directa. En esta línea, el trabajo con grupos parece haberse suspendido, en algunos casos, hasta la vuelta a la actividad presencial normalizada:

"En los servicios ambulatorios, yo creo que es la parte en la que menos esfuerzos se hizo por telematizar la actividad, también un poco por el perfil de usuarios y por la propia esencia del servicio. Y, por ejemplo, hasta que no se volvió a lo presencial, los grupos tampoco se hicieron."
(Directora de área)

Asimismo, han existido casuísticas en las que se ha procedido al cierre completo de las instalaciones, trasladándose toda la atención que excedía el tratamiento sustitutivo con opioides, a la vía online y telefónica:

"Al principio intenté protocolizar un poco el tema de la asistencia con la UCA, para que estas personas pudieran ser atendidas pronto por su situación. Sin embargo, qué pasó, pues que el mismo centro nuestro, pues por las medidas que se hicieron no podía, la gente no podía salir, tuvieron que quedarse. Y entonces pues en la UCA, se empezó a hacer atención online y atención

telefónica."

(Responsable de Plan Municipal de Adicciones)

El suministro de metadona ha sido la única práctica que se ha mantenido en todos los servicios de este tipo, al ser una cuestión sanitaria esencial y presencial por necesidad. Para que estos servicios pudieran seguir activos, desde las entrevistas se describe la realización de grupos burbuja del personal laboral, así como el traslado de los seguimientos y de la citación a la vía telefónica, buscando en todo momento reducir el tiempo de "ventanilla":

"La dispensación de metadona no pudo parar. Se redujo el personal y se reajustaron los turnos. Toda la actividad grupal fue suspendida y los seguimientos se hacían telefónicamente. Lo que se ha buscado en todo momento es reducir la presencia en los dispositivos y por ello se da cita telefónica y se reduce el tiempo ventana."

(Responsable de programas)

Al mismo tiempo, desde estos recursos también se ha intentado proveer de tratamientos sustitutivos a los y las usuarias con dificultades para asistir de manera presencial a los servicios ambulatorios, de manera que, en algunos casos, se procedió a distribuirlos a domicilio:

"Yo sí que hice también un poco de poder llegar la metadona a personas que no podían salir, entonces sí que pude hacerle un poco que pudieran continuar este tipo de tratamiento."

(Responsable Municipal de Plan de Adicciones)

No obstante, se menciona que toda esta situación supuso –sobre todo al inicio de la pandemia- una **mayor atención a los casos de urgencias** y, no tanto, a los casos de seguimiento y continuidad:

"Si entramos luego en servicios ambulatorios lo que nos ha pasado es que al tener que hacer turnos, es decir lo que hemos intentado desde el principio es que los equipos se dividieran en dos y que presencialmente solo estuviera la mitad del equipo un día y la mitad del equipo otro, porque, por posibles contagios, no se contagiara todo el equipo y tuviéramos que dejar el servicio sin, ¿no?, con lo cual esto de alguna manera también implicaba que hubo un momento sobre todo al inicio que se atendían más las urgencias en ambulatorio, y no tanto las de continuidad."

(Dirección de programas)

Además, cabe reseñar la experiencia del cierre completo de un recurso de estas características en un municipio tras el estallido de la pandemia y que, en junio de 2021, todavía no había reabierto sus puertas. Sobre esta cuestión, se apela a la desigualdad territorial que existe en materia de recursos sociosanitarios, entre los municipios de mayor y menor tamaño:

> *"La UCA todavía sigue sin venir al municipio, estamos peleando porque otra vez vuelva a dar el servicio. Entonces ¿qué ha hecho esto? Que el vínculo con el servicio de la UCA desaparezca en muchos enfermos y enfermas, con el trabajo que cuesta que reconozcan que tienen problemas, que asistan al médico de cabecera, que el médico los derive a un servicio especializado. Todo se ha perdido, porque el que quiere ir ahora se tiene que ir a una ciudad a más de 80 kilómetros. Entonces a esto añadimos otro problema más, el problema económico, que muchas veces es una población que el dinero que tiene, no es que no tenga dinero, sino que el dinero que tiene pues va a municipios más grandes o con más población a atender (…) Entonces ha hecho que mucha población no vaya, "porque hasta allí no voy. Aquí sí, que me pilla en un momento, pido a la empresa que tengo visita al médico, el médico de cabecera me lo pone como consulta. Pero irme hasta allí ya supone que tengo que ir con alguien, mi padre, mi madre, mi pareja, que no siempre puede". Y hasta hoy mismo estamos así, o sea desde marzo de 2020 hasta junio de 2021 estamos sin la UCA."*
>
> (Responsable de Plan Municipal de Adicciones)

Finalmente, en el ámbito de la atención integral, se aborda el caso de las entidades que desempeñan su actividad a la atención de las **adicciones sin sustancia,** área sobre la que se menciona el cierre presencial de una gran cantidad de entidades, desde el decreto del estado de alarma:

> *"El 14 de marzo fue la declaración de alarma (…) y lo que hacemos es instaurar desde el 16 de marzo el teletrabajo a todos sus empleados y hacer la primera ronda de consulta de todas las Asociaciones, estoy hablando del lunes 16 de marzo del 2020: una ronda a las Asociaciones, una ronda urgente telefónica a las asociaciones para ver qué es lo que había; la mayoría de las asociaciones se asusta y cierra."*
>
> (Dirección y secretaría de plataforma de entidades)

Sin embargo, muchas de ellas ya venían trabajando desde hace algunos años en terapias online, por lo que pudieron poner en marcha servicios de atención y terapia por esta vía, así como llamadas telefónicas:

> *"A partir del día 17 de marzo la plataforma con la disposición de todas las asociaciones, el servicio de terapia online, que ya está consolidado, que ya venía hace cuatro o cinco años trabajando y*

por lo tanto lo que se manda es un correo electrónico a todas las entidades diciendo que el principio de terapia online está disponible ya en ese momento y a partir de ahí requiere por correo electrónico a las asociaciones que nos comenten sus necesidades. La mayoría de las asociaciones al permanecer cerradas la primera necesidad que tienen es una vía telemática que les pueda servir, porque lo que están haciendo es manteniendo el contacto vía telefónica."
(Dirección y secretaría de plataforma de entidades)

No obstante, muchas de las entidades y asociaciones de este tipo, en cuánto se pudo retomar la presencialidad, optaron por establecer las terapias individuales por la vía física, siempre asegurando las citas previas y las medidas higiénico-sociosanitarias, dejando la vía online para –fundamentalmente- las actividades grupales:

"Después de ese mes un poco estricto, lo que hicieron fue una presencialidad con cita previas y guardando las medidas de seguridad y la mayoría de las terapias y de las psicoterapias sí que se realizaron presencialmente (…) las actividades grupales sí que se hicieron sobre todo por vía telemática."
(Dirección y secretaría de plataforma de entidades)

Finalmente, en lo referido a las nuevas acogidas e intervenciones al tratamiento en estos recursos, se manifiesta que, pese a que se intentó realizar acogidas de urgencia por la vía telemática, en la mayoría de los casos se retrasaron hasta que las entidades pudieron abrir sus puertas de manera presencial, dada la alta carga emocional que este proceso supone para los/as usuarios/as:

"La intervención al tratamiento, se intentó durante ese mes realizar por urgencia alguna acogida telemática, pero enseguida nos dimos cuenta de que era difícil que una persona por vía telemática se pudiera abrir y pudiéramos realizarle una entrevista clínica y pudiéramos realizar la anamnesis, entonces se fueron retardando un poco las acogidas para a partir del mes realizar lo mismo que todas las psicoterapias, realizarlas individualmente con un persona técnica en el centro y guardar las medidas de seguridad y eso facilitó que toda la anamnesis y la historia clínica que se realiza en esa primera sesión se pudiera llevar a cabo exactamente igual que en períodos normales."
(Dirección y secretaría de plataforma de entidades)

3.8.3 Reducción del daño

En lo concerniente a los programas de reducción del daño, se resalta la actividad llevada a cabo desde las **salas de consumo supervisado** dado su carácter esencial y presencial, en consecuencia, imposible de trasladar al ámbito online. Así, para que los servicios de este tipo pudieran seguir funcionando, cumpliendo con las directrices higiénico-sanitarias, la primera medida llevada a cabo en este sentido fue la **reducción del aforo del número usuarios/as**:

> *"Limitamos aforo a la mitad, dos puestos en la sala de fumar, que tenemos cuatro, y tres puestos en la sala de venopunción que tenemos seis. Los tres puestos de la sala de venopunción de hecho los seguimos manteniendo porque si no, no nos da la distancia."*
>
> (Coordinadora de programas)

Al mismo tiempo, esta reducción de aforo se vio siempre acompañada del **cumplimiento de las medidas higiénicas** (uso de mascarilla en las zonas comunes, lavado de manos, control de temperatura, etc.):

> *"Entonces junto a la limitación de aforo: control en la puerta, control de temperatura, lavado de manos, uso de mascarilla en los espacios comunes, no en las salas de consumo propiamente dichas porque necesitamos verles la cara para ver si están bien, o se ponen azules, o blancos, o qué, para ver un poco los efectos."*
>
> (Coordinadora de programas)

En este sentido, para que los servicios pudieran seguir atendiendo de manera presencial, **se proveyó de salvoconductos a las personas usuarias** para que, de esta forma, pudieran acceder con garantías al recurso:

> *"El programa de mantenimiento con metadona se mantuvo en la atención que tenemos, pues porque eso es absolutamente esencial, la gente no se puede quedar sin tratamiento, solo teníamos el tratamiento farmacológico y el acceso al tratamiento farmacológico teníamos clarísimo que había que mantenerlo y no es algo que podamos hacer desde casa. Les hacíamos salvoconductos para que en algún momento la policía les paraba, pues pudiesen justificar que venían a la recogida de la medicación o que venían al centro."*
>
> (Coordinadora de programas)

Asimismo, en ocasiones, este tipo de recursos se han convertido en **servicios de contingencia** para algunos/as consumidores/as -fundamentalmente de heroína- que, ante la dificultad de tener acceso a sustancias, podían asistir a este tipo de recursos con la posibilidad de ser inducidos/as en tratamientos con metadona:

"Un ejemplo claro y práctico era el acceso prácticamente inmediato a metadona, si alguien estaba consumiendo heroína, no encontraba la heroína, tenía un problema, pues venía y automáticamente, prácticamente en el momento inducíamos un tratamiento con metadona y le administrábamos la metadona desde ahí. Y de hecho en ese periodo entraron 19 personas, de las que a día de hoy se mantienen 6, quiero decir que fue una historia muy sobrevenida, muy de contingencia, porque las personas no habían decidido entrar en un programa de tratamiento con metadona, se habían visto en esta situación, optaban por no tener un síndrome de abstinencia, pero en el momento que la heroína vuelve a estar presente, pues abandonan el programa."

(Coordinadora de programas)

Finalmente, al igual que en el caso de los servicios ambulatorios, algunos/as profesionales de estos servicios han reseñado que, ante las dificultades de algunas personas usuarias para poder desplazarse (bien fuera por problemas de salud o de transporte, etc.), desde estos dispositivos **se ha llevado el tratamiento a domicilio** en los casos en los que era *necesario, con el objetivo de que nadie quedara sin este servicio:*

"A los de reducción de daños con metadona los veíamos presencialmente a la mayoría, y aquellos que no podían salir por diferente tipo de patologías le llevábamos la medicación a sus domicilios, o sea que también nos trasladábamos a su domicilio para podérsela llevar y que no tuvieran el riesgo de contagio, de poder salir o lo que sea."

(Dirección de entidad)

3.8.4 Centros penitenciarios

Dadas las especificidades de los **centros penitenciarios**, también conviene reseñar qué ha ocurrido en ellos y qué adaptaciones metodológicas se han llevado a cabo durante el confinamiento y en los meses posteriores. En este sentido, es necesario mencionar el **cierre completo que se produjo en las prisiones desde el primer momento**, con la consecuente imposibilidad de que los y las profesionales externos/as pudieran acceder al interior y mantener el contacto con las personas presas:

"Nos dieron también la orden de que se suspendía la entrada en todos los centros, pero claro, aquí el inconveniente que nos vimos era el tema de que al principio no dejaban absolutamente nada y no era como lo externo que sí que pudimos mantenernos allí en contacto con todos prácticamente desde el inicio."

(Coordinador de programas)

Ante esta situación, se llevaron a cabo algunas experiencias nuevas en lo referido al mantenimiento del contacto entre personas presas y el personal de las entidades. Un ejemplo de ello fue el **establecimiento de mensajería mediante cartas postales entre las entidades y las personas presas** en algunos centros penitenciarios, en los que eran los/as funcionarios/as de prisiones quienes hacían entrar y salir las cartas y, de esta forma, no se perdía el contacto del todo:

> *"Lo primero que conseguimos, bueno, que se nos ocurre es por carta, pues como toda la vida, como ellos realmente se comunican con sus familiares, a través de cartas; entonces, empezamos a habilitar en los centros con ayuda de los funcionarios, de los equipos de prisiones que sí que asisten a la cárcel (…) como un punto en el cual ellos pueden escribirnos a nosotros y nosotros les escribíamos, les dábamos las cartas a los compañeros y digamos que nuestros compañeros eran las palomas mensajeras, entraban nuestras cartas dentro y las cartas que se nos escriban las sacaban y nos las hacían llegar a los profesionales; entonces, en un primer momento así es como empezamos a comunicarnos."*
>
> (Coordinadora de programas)

Una vez pasados los primeros quince días del confinamiento domiciliario, en algunas prisiones se pudo comenzar a realizar **intervenciones telefónicas**. En este sentido, en los centros penitenciarios de trabajo de los y las profesionales entrevistados/as, se posibilitó que las personas presas añadieran a los listados de contacto telefónico a sus educadores/as de referencia:

> *"Empezamos a comentar todas las entidades que lo mejor era obviamente no parar y empezar a hacer una intervención individualizada a través del teléfono, que era lo primero que se nos ocurría a todas las entidades, ya que teníamos todos los teléfonos de todas las personas que forman parte de los grupos, pues el mantener el contacto con ellas."*
>
> (Coordinador de programas)

> *"Se consiguió además que se autorizara a los presos de nuestros programas se les autorizara un número de teléfono; o sea, ellos tienen la posibilidad de tener 10 números habilitados para poder llamar a sus familiares y amigos; entonces, en la prisión se permitió que se habilitara un onceavo teléfono que era el de nuestras compañeras, que con una línea que puso nuestra entidad, y ellos podían llamar a nuestras compañeras."*
>
> (Coordinadora de programas)

Asimismo, tiempo después de que se pudieran realizar intervenciones telefónicas, se posibilitó, por primera vez dentro de las prisiones, la **realización de videollamadas a familiares y profesionales**, a través de la implantación de teléfonos móviles en los locutorios de las prisiones:

> *"Luego, como el confinamiento se iba alargando se permitió que se hiciesen videollamadas de los familiares con los internos, como no había vis a vis ni comunicaciones, ni nada, pues se permitió que una vez, no sé cada cuánto tiempo era, pero una vez cada equis tiempo se les permitía a los internos hablar por videollamada con sus familiares; entonces ahí conseguimos meter nosotros nuestro espacio, y un día a la semana en cada centro, había un día que sacaban a los chicos nuestros, nosotros les pasábamos un listado de 10 internos, y un día a la semana esos 10 chicos los sacaban a comunicaciones y se hacían videollamadas con nosotras, el equipo psicosocial de cada centro penitenciario podíamos hablar con 10 chicos un día a la semana.*
>
> (Coordinadora de programas)

No obstante, a pesar de la posibilidad de realizar llamadas y videollamadas con las personas presas, surgieron importantes dificultades, debido al **alto coste de las llamadas** que tienen que asumir las personas presas, así como las **limitaciones de llamadas semanales**; cuestiones por las que –a menudo- estas priorizaban las llamadas con sus familiares:

> *"No todos podían llamar, por qué, porque es una llamada que pagan ellos, una llamada a un móvil que son los 8 minutos que pueden llamar, el precio de la llamada es 2,80; entonces, claro, que ellos dejen de llamar a su mujer o a sus hijos por llamarte a ti, y además se gasten 2,80."*
>
> (Coordinadora de programas)

No obstante, es necesario remarcar que todos los procesos no han sido los mismos en todas las prisiones, existiendo una **alta variabilidad de normativas entre unos centros y otros**. De esta forma, mientras que en algunos centros se pudo comenzar con la actividad presencial relativamente pronto, en otros, las entidades seguían sin poder entrar un año después del estallido de la pandemia:

> *"Una vez bajaron los niveles, pues cada centro penitenciario fue poniendo sus normas, por ejemplo, en esta directamente nos dejaron que empezásemos a entrar a los módulos, porque como te digo, al sólo trabajar en un módulo no tenías que mover a los chicos de un sitio para otro, sino que ellos vivían allí, tú vas al espacio donde ellos viven (…) y sin ir más lejos, hoy me ha llegado un correo electrónico del otro centro penitenciario, a partir del lunes otra vez las ONGs tienen prohibida la entrada; entonces, otra vez las ONGs quedan fuera. Entonces todo el trabajo no ha sido lineal y no se puede hacer una generalización de cómo ha sido en todas las prisiones, porque cada una ha sido un mundo."*

(Coordinadora de programas)

Finalmente, en lo referido al suministro de opioides y fármacos se reseña que, la distribución ha transcurrido con normalidad a lo largo de este tiempo.

> *"La medicación y la metadona eso se ha seguido dispensando claro, eso desde los equipos médicos de los centros penitenciarios se ha seguido haciendo la dispensación habitual de metadona todos los días, se va a los módulos y se les echa en su vasito la dosis que toma cada uno, y luego la medicación pues igualmente, porque la medicación no se da a diario, como los equipos de enfermería pues son escasos en prisiones lo que se hace la medicación es que la reparten los viernes para el fin de semana, los lunes hasta el miércoles, y los miércoles hasta el viernes, se da la medicación 3 días en semana; entonces eso sí que los equipos médicos que siguieron trabajando pues lo siguieron dando igual, tanto la metadona como las pastillas."*
>
> (Coordinadora de programas)

3.8.5 Inclusión sociolaboral

Al igual que en el resto de las áreas, en el ámbito de la **inclusión sociolaboral**, también se han producido adaptaciones metodológicas necesarias de abordar. En esta línea, los y las profesionales aseguran que se trata de un área de trabajo sobre el que, con frecuencia, se solicitó el **cierre temporal al considerarse como una actividad "prescindible" dentro el ámbito de las adicciones**:

> *"La parte de formación y empleo, pues todas las actividades se suspendieron, todo el tema de clases, todo el tema de orientación se suspendió absolutamente todo. Entonces esto supuso también temas de adaptaciones, pues todo el tema de ERTES, prácticamente todo el departamento de formación y empleo fue a ERTE."*
>
> (Coordinadora de programas)

> *"Nuestro servicio sí que pudo seguir activo, pero porque así lo consideró el financiador. Pero sé de muchos servicios de la misma naturaleza que el nuestro que se solicitó que cerraran, sobre todo de otras comunidades, sin dar opción al teletrabajo o similar."*
>
> (Coordinador de programas)

En los casos en los que no se solicitó el cierre de los servicios, desde las experiencias narradas, se mencionan las videollamadas (grupales e individuales) y llamadas telefónicas, como las principales herramientas de seguimiento utilizadas durante los meses de confinamiento y posteriores.

"Básicamente lo que pudimos hacer era atención telefónica o por videollamada. En un primer momento sobre todo individual y con el tiempo también empezamos a hacer grupales. Pero, poco más podíamos hacer también teniendo un poco en cuenta el tipo de público con el que trabajamos con pocos recursos y claro, teníamos poco margen de innovación en ese sentido."

(Coordinador de programas)

"Pues hicimos un poco lo que en el resto de los programas: llamadas y videollamadas en los casos en los que los usuarios tenían medios."

(Responsable de área)

Asimismo, los y las profesionales refieren que se dio una paradoja dentro de este área y es que, a pesar de que en muchos casos se solicitó el cierre de los recursos de este tipo, con frecuencia, también se les solicitó desde las Administraciones volver a la presencialidad lo antes posible, debido a los problemas de empleabilidad que estaba trayendo la pandemia y la necesidad de los/as usuarios/as de activarse en la búsqueda de empleo:

"*Creo recordar que nosotros tuvimos que volver muy al principio del desconfinamiento. De hecho, la gente se fue al ERTE y no estuvo ni un mes o casi, porque se solicitó la apertura del centro como a finales de abril o principios de mayo creo recordar (…) claro y es que es un recurso de enorme importancia para muchas de las personas con las que trabajamos y más en un escenario como ese."*

(Coordinadora de programas)

Finalmente se señala que, de manera similar a otras áreas de trabajo, la vuelta a la presencialidad también ha supuesto la creación de grupos burbuja de trabajadores/as y usuarios/as, de manera que, hasta el momento, estos servicios han estado empleando una **metodología mixta** que combina la atención física y lo online:

"Lo que hicimos fue la creación de grupos burbuja, tanto para las trabajadoras como para las personas usuarias y, hasta ahora, hemos venido combinando lo presencial con lo online."

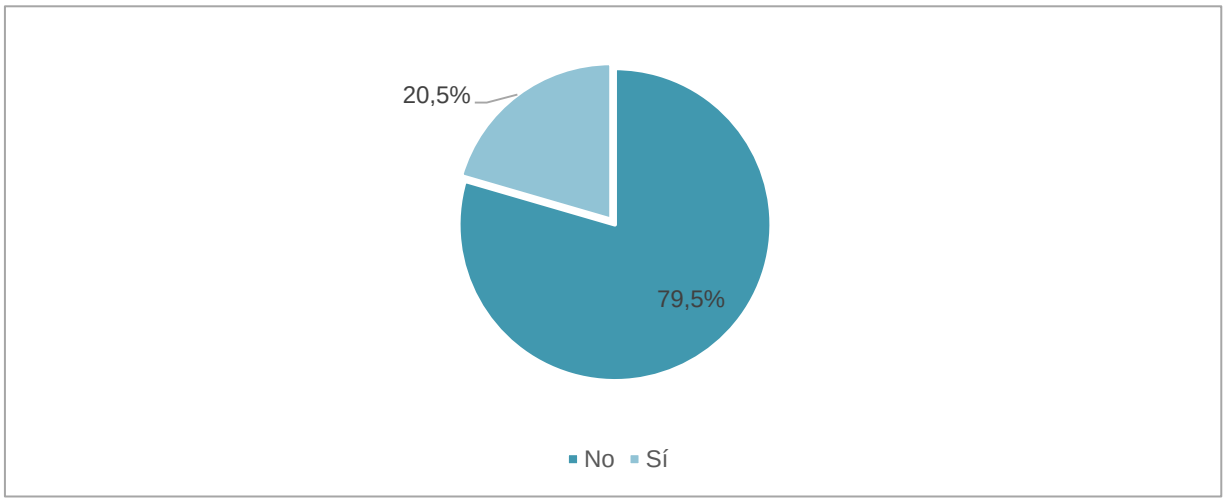
(Coordinador de programas)

3.8.6 Experiencias de nuevos programas

Entre las distintas acciones que han llevado a cabo algunas organizaciones como respuesta a la pandemia están la puesta en marcha de nuevos programas. En este sentido se incluyó una pregunta específica en la encuesta. Se preguntó si el programa o recurso en el que trabajaban se había puesto en marcha a raíz de la pandemia. La mayor parte de las personas que

contestaron (79%) que estos no se iniciaron a raíz de la pandemia, sino que, ya estaban funcionando antes del comienzo de esta. Pero el 20% restante respondió que el programa en el que trabajan se inició a raíz de la pandemia.

Gráfico 35. ¿El programa se ha iniciado a raíz de la pandemia?



Fuente: elaboración propia

En las entrevistas también se reseñaron dos **nuevos programas de atención a las adicciones**, surgidos a raíz de la crisis sociosanitaria y que es interesante realizar una especial mención, dadas sus características y el contexto de pandemia en el que se iniciaron.

El **primer programa** de desarrolló con el objetivo de ofrecer intervenciones y acciones adaptadas a las problemáticas de la población con problemas de adicciones ante la situación emergencia sanitaria, visibilizando cuestiones que, hasta ahora, habían quedado relegadas a un segundo plano. Entre ellas:

- Problemáticas vinculadas al ámbito de las adicciones dentro de los recursos sociales de emergencia o aquellos no específicamente pensados para esta población.

- Escenarios de convivencia y hogares en los que el confinamiento agravó las problemáticas derivadas de las adicciones, por la dificultad de acceder a determinadas sustancias o por el aumento de consumos alternativos.

Con esto como objetivo, el programa -pensado para poder desarrollarse en situación de emergencia sanitaria- se desarrolló a través de tres tipos de actuaciones: **campañas de sensibilización, atención telemática en adicciones**…

"El programa tiene una parte de concienciar a la sociedad mediante información, la web, materiales sobre la problemática de las adicciones, una parte de desarrollo telemático, que es algo que nos ha forzado el COVID, pero que vemos que tiene posibilidades y ventajas. Y el hacer una reflexión y un trabajo sobre cuál es el marco adecuado de acción, qué cosas hay que tener en cuenta, qué funciona, qué no funciona, cómo priorizarlo, una especie de determinar buenas prácticas y formas de hacer en lo telemático. Esto también ocurre con la vía de atención telemática, que fue pensada para poder hacer intervenciones de este tipo en contextos como el que estamos viviendo."

(Coordinadora de programas)

…y **unidades móviles**:

"Y después las famosas unidades móviles, que esto que nosotros nos desplazábamos, pues el seguir, no sé si tanto con una unidad móvil como coche que se desplaza, pero sí como el concepto de servir de puente hacia lo sanitario, lo sociosanitario, mejor dicho, a personas que no están llegando, por diferentes motivos. Uno es el colectivo claro que identificamos, que se visibiliza y que sigue viniendo, o sea en este momento una de las personas que estamos atendiendo son personas en esa situación, con situación administrativa irregular, sin acceso a ayudas económicas, con problemas de documentación, pasaporte, no pasaporte, con dificultades para abrir una cuenta en banco, acceso a fármacos, dificultades para alquilar una habitación, toda esta problemática que al final influye directamente en su salud mental y en el consumo de sustancias."

(Coordinadora de programas)

Así, el desarrollo del programa ha posibilitado dos cuestiones que fueron fundamentales en el marco de la pandemia: la **atención e intervención telemática en adicciones y el acceso al servicio a personas en situación administrativa irregular**.

Esta última cuestión cobró especial importancia ante las dificultades de otros recursos para admitir a población en situación administrativa irregular, más aún en un contexto de emergencia sociosanitaria que ha conllevado a que muchas personas en esta tesitura hayan visto agravada su situación vital:

"El origen de esto era realmente la necesidad de elaborar un modelo de intervención que estuviera especialmente pensado para situaciones en las que es físicamente imposible atender a la población (…) y por otro lado que el grueso de lo atendido en la pandemia eran personas en situación administrativa irregular, porque el grueso de las personas en los alojamientos de emergencia eran personas extranjeras (…) en situación administrativa irregular. Algunos no,

fundamentalmente porque eran genas, que habían sido menas y entonces venían de otros circuitos, pero muchas de las personas estaban en los márgenes, nunca mejor dicho."
(Coordinadora de programas)

En lo relativo al otro programa detectado, se trata de **un recurso residencial de reducción del daño para personas en situación de sinhogarismo consumidoras de alcohol y otras sustancias**, que abrió sus puertas durante el confinamiento. Este fue un servicio pionero en el Estado español, puesto que es el primer recurso residencial que posibilita el consumo de drogas desde la óptica de la reducción del daño.

"La gente de consumo siempre se queda en la calle y entonces tenemos que apuntar que nosotros abrimos un albergue pensado solo para personas de consumo de drogas. En pleno confinamiento, en tres días tuvimos que decidir: vamos para un albergue, lo abrimos, lo habilitamos y trabajamos todo los que son procedimientos y modelo funcional de atención para esta población."
(Director de área)

A este respecto, desde la entidad promotora, se justificó que un 20% de la población sin hogar realiza consumos de drogas y, por esta cuestión, viéndose excluidos de los recursos residenciales. Asimismo, cabe señalar que el albergue tiene una planificación de género, con plazas para hombres y mujeres:

"El albergue fue el gran aporte del COVID, no hay mal que por bien no venga, es un tipo de servicio por el cual estuvimos luchando por mucho, mucho tiempo, porque la población de consumo de drogas se queda desprotegida de los servicios y los recursos de los sinhogarismo, de los albergues. El veinte por ciento de la población que hay en la calle ya referenciados cuando se hacían los procesos de estudios y de diagnósticos, se queda siempre en la calle por su consumo y además el cien por cien de la población femenina que puede tener algún suceso de violencia, nunca tiene los recursos de protección por causa de ser consumidora de drogas; el albergue por fin nos da esa posibilidad de atender esa realidad y pusimos en marcha el servicio con un treinta y cinco de mujeres y el resto hombres y actualmente funcionamos con un cincuenta por ciento de mujeres y un cincuenta por ciento hombres."
(Director de área)

Asimismo, se señala que el recurso posee espacios de consumo supervisado en los que, como novedad, se ha incorporado la dispensación de alcohol, algo que resulta también bastante innovador:

"El albergue tiene todos sus elementos de reducción de daños con los espacios de consumo supervisado, no solo consumidor inyector sino que incorporamos población alcohólica, la Administración nos preguntó qué hacía con toda la población de alcohol que tampoco es atendida desde los servicios de albergue y dijimos sí, pero nosotros vamos a aplicar un acercamiento de reducción de daños con esta población y vamos a poner en marcha una dispensación de alcohol, eso es pionero, pero estamos muy contentos porque nos lo permitieron hacer."

(Director de área)

No obstante, dadas las características del recurso y la situación de emergencia sanitaria, fue un proyecto difícil de acordar con la Administración ya que, tal y como se menciona desde la entidad promotora, durante el confinamiento domiciliario la población usuaria tenía la necesidad de salir a proveerse de sustancias:

"Evidentemente, veinticuatro horas, porque duermen y comen ahí y hacen las actividades que se desarrollan también, la condición que pusimos es que la gente iba a salir, nosotros no íbamos a hacer un confinamiento cien por cien, que convenciendo a la gente, que ni nosotros estábamos obligados como personas corrientes que teníamos necesidades para salir, fuera a comprar, fuera farmacia, fuera lo que sea y que nuestra población iba a tener la necesidad de irse a proveer de sustancias y de drogas, otra cosa es si hubiera una gestión de quién iba a salir, con quien salía, llegando a unos acuerdos, evidentemente esto lo conocemos suficientemente, pero podemos convencerlos que es mejor tener la gente confinada un noventa por ciento y no desconfinada un cien por cien."

(Director de área)

Sin embargo, las evaluaciones realizadas del programa han puesto de manifiesto que, durante el confinamiento, las personas usuarias se quedaron la mayor parte del tiempo en el albergue y, además, debido a todas las medidas de protección e higiénico-sanitarias desplegadas, se evitó el contagio dentro del recurso:

"Lo que hicimos fue estudios de seguimiento y se mostró que la gente después al final tuvo un confinamiento altísimo, aún salir a comprar, no tuvimos ningún caso de COVID en el albergue, cosa que quedaron sorprendidos, porque pensaban: esto va a ser terrible, consumidores de drogas. Nosotros también estábamos un poco asustados porque al fin de cuentas nuestra población encuentra una colilla en el suelo y la recogen, pero la suerte fue que el COVID no entró en el albergue, pusimos todos los mecanismos de protección que fueran posible y nada salió mal, así que podemos estar contentos de que con eso nos ganamos mucha credibilidad con la Administración.

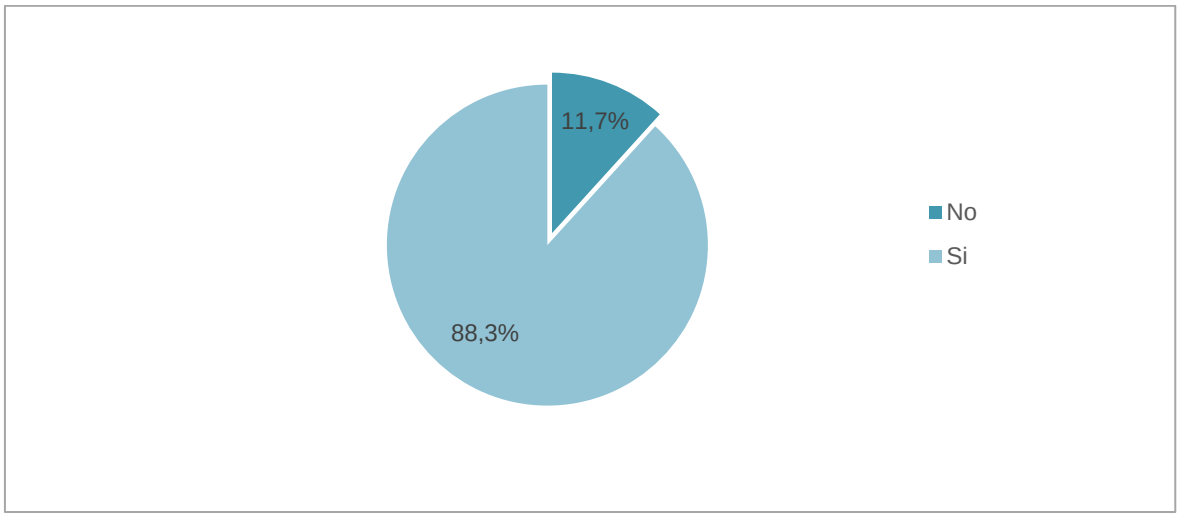
(Director de área)

3.8.7 Respuestas a las adaptaciones

Dentro de las adaptaciones metodológicas realizadas desde los diferentes servicios y recursos de atención e intervención en adicciones, cobra especial importancia la valoración percibida por los y las profesionales sobre las **respuestas derivadas de las mismas**.

En lo que se refiere a la brecha digital las profesionales consideran que las personas usuarias presentan problemas para el uso y manejo de las herramientas digitales. Según los datos de la encuesta prácticamente 9 de cada 10 personas que son atendidas por la red de atención a las adicciones está en situación de lo que se conoce como brecha digital. Es decir, que carece de los conocimientos o recursos necesarios para el uso de las tecnologías y los equipamientos necesarios para desenvolverse en entornos digitales.

Gráfico 36. ¿Considera que las personas usuarias del programa o recurso presentan situaciones de brecha digital?



Fuente: elaboración propia

En términos de alcance, uno de los aspectos que más se ha señalado desde las entidades, ha sido la **pobreza tecnológica** a la que se enfrentan con frecuencia los y las usuarias de los servicios y programas, así como la **escasa alfabetización digital**. En este sentido, se asume que, a menudo, la mayor o menor capacidad de adaptación de las metodologías de trabajo, ha estado enormemente influida por esta brecha digital en la población beneficiaria:

> *"En muchos casos no es cuestión de capacidad de adaptación o de querer hacerlo, sino de poder hacerlo, hay muchas entidades nuestras que trabajan con personas sin hogar o con muy bajos recursos y ¿qué tipo de recursos le podemos ofrecer?"*

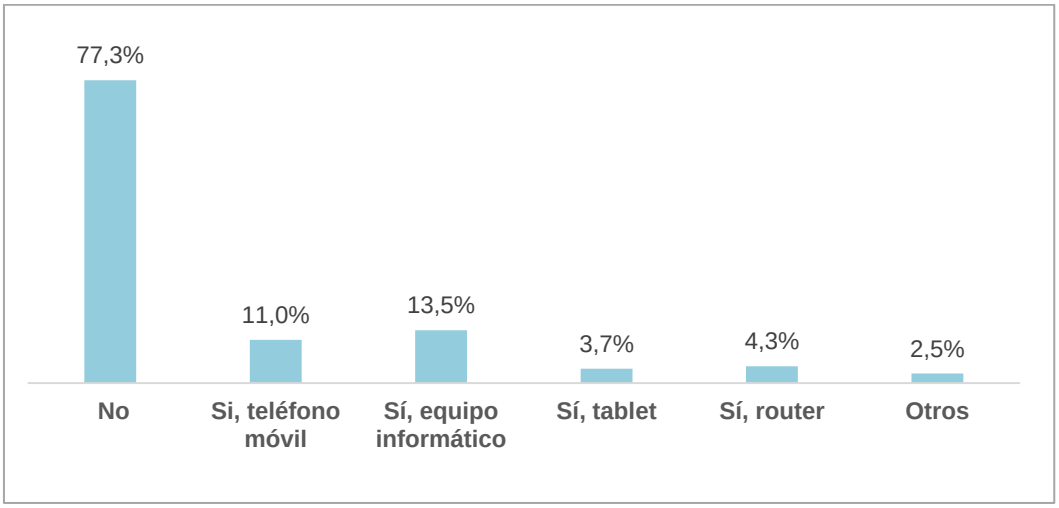
(Responsable de área)

"Muchas veces lo único que podíamos hacer era seguimiento individual por llamada, es que teníamos familias que no tenían wifi, que no tenían un ordenador, que los ordenadores no le llegaban, y es que no había manera de solucionarlo."

(Directora de área)

En este sentido, en lo que respecta al acceso a tecnológicas por parte de las personas usuarias, en la encuesta se pregunta si se les ha facilitado equipamientos tecnológicos. A lo que una amplia mayoría, 77%, respondió negativamente. Sin embargo, en aquellos casos que respondieron afirmativamente señalan que los elementos que más se han facilitado han sido el teléfono móvil y el equipo informático. Además, se especifica que, se dio un mayor acceso a los usuarios a través de medios telemáticos, se facilitó la comunicación a través de WhatsApp, se utilizaron algunos recursos de las asociaciones para diversas gestiones y se suministraron equipos periféricos.

Gráfico 37. ¿Se ha facilitado equipamiento a las personas usuarias?



Fuente: elaboración propia

Sobre la cuestión de las dificultades y el acceso, han sido los programas y servicios dirigidos a personas adultas los que más dificultades han encontrado en este sentido. En esta línea, a nivel general, se asume que la **participación ha bajado precisamente en los programas que trabajan con población adulta**, dadas las mencionadas dificultades tecnológicas:

"Hemos tenido un grave problema de adaptación en muchas áreas, sobre todo porque las personas con las que trabajamos pues tienen muchas dificultades económicas por un lado y de conocimientos informáticos por otro, entonces, la participación ha bajado en muchos programas, no tanto porque nosotros no hayamos dado la opción de hacerlo todo online, sino porque ellos no podían."

(Coordinadora de programas)

No obstante, desde diversos recursos también se ha señalado que la digitalización de los servicios ha conllevado a un **escenario paradójico**; mientras que se han "perdido" usuarios/as por la incapacidad de contactar por medios telemáticos, en ocasiones, también se ha producido una intensificación de la atención, cuestión posibilitada por la virtualización de los servicios, al suponer para muchas personas una reducción de costes de desplazamientos, mejor compatibilidad horaria, etc.:

"Muchas personas han encontrado como un beneficio de no gastarse tiempo ni dinero, ¿no? Bueno pues yo tengo que pagarme mi tren o mi metro para venir y esto que me ahorro, y me ahorro un tiempo (…) pero a la vez, pues hemos perdido a personas porque no se podían conectar. Entonces ha sido un escenario que no acabas de definir muy bien las ventajas y las dificultades."

(Coordinadora de programas)

"No te podría decir muy bien, como ha quedado la balanza. Porque hemos perdido la pista a mucha gente por lo que hemos hablado, por la pobreza digital. Pero, a la vez, muchas otras personas lo han visto como algo bueno y, de hecho, han intensificado su asistencia, por la vía virtual, claro."

(Responsable de programas)

Asimismo, no se puede obviar la **carencia emocional** con la que, a menudo, se percibe la intervención por la vía online. Así, esta cuestión se concibe como un elemento que también ha influido fuertemente en las respuestas que han recibido las adaptaciones metodológicas, en tanto que, muchos/as profesionales entrevistados/as mencionan que, pese a que la telematización ha posibilitado adaptar buena parte de los programas al contexto de pandemia, existe un cariz emocional en esta vía que dificulta el trabajo más personal y que ha supuesto, en ocasiones, tener que trabajar más en lo urgente que en lo cotidiano:

"Yo creo que al final hemos podido adaptar todo un poco a la situación extraordinaria para que el trabajo y los seguimientos no se perdieran, pero no se nos puede olvidar las dificultades que

tienen muchas personas pues para abrirse y contar su trayectoria. Pues mucho menos te lo va a contar en una videollamada. Entonces yo creo que esta situación nos ha hecho que podamos trabajar en lo urgente pero que hayamos perdido bastantes casos de continuidad, también un poco por la desafección que da lo online frente a lo presencial."

(Directora de área)

Por el contrario, los **programas dirigidos a jóvenes** y, especialmente los de prevención, se han percibido como mucho **más adaptables al trabajo virtual**, al considerar a esta población con más competencias digitales y recursos tecnológicos:

"La gran diferencia que yo percibo ha sido la edad de las personas. Todo ha tenido sus complicaciones, pero con los jóvenes era muy sencillo seguir manteniendo el contacto y el trabajo, porque es que son nativos digitales. Sin embargo, a medida que iba avanzando la edad, pues todo eso se ha perdido muchas veces, porque no se tienen los conocimientos por ejemplo de, vamos a hacer una videollamada, o mírate este curso por aquí…"

(Técnica de formación)

Así, gran parte de los y las profesionales de la prevención (con excepción de quienes vieron cerrados sus programas), han exteriorizado un **incremento, o al menos mantenimiento, de la participación en sus programas**, especialmente durante el confinamiento domiciliario, en términos de seguimiento en RRSS y en la participación en actividades virtualizadas de ocio y tiempo libre:

"Las actividades de ocio y tiempo libre han tenido mucho éxito, sobre todo durante el confinamiento. Te diría que de los tres programas que llevamos, quizás solo hemos perdido la pista a 4 o 5 chicos. Ha tenido un seguimiento muy alto, también porque tenían los medios y la disponibilidad para hacerlo."

(Directora de área)

Sin embargo, es necesario reseñar que, pese a que los programas dirigidos a jóvenes se hayan readaptado desde esta noción, con frecuencia los y las profesionales también han mencionado la **pobreza tecnológica a la que muchas personas jóvenes se enfrentan**, cuestión que ha influido en sus posibilidades de participación:

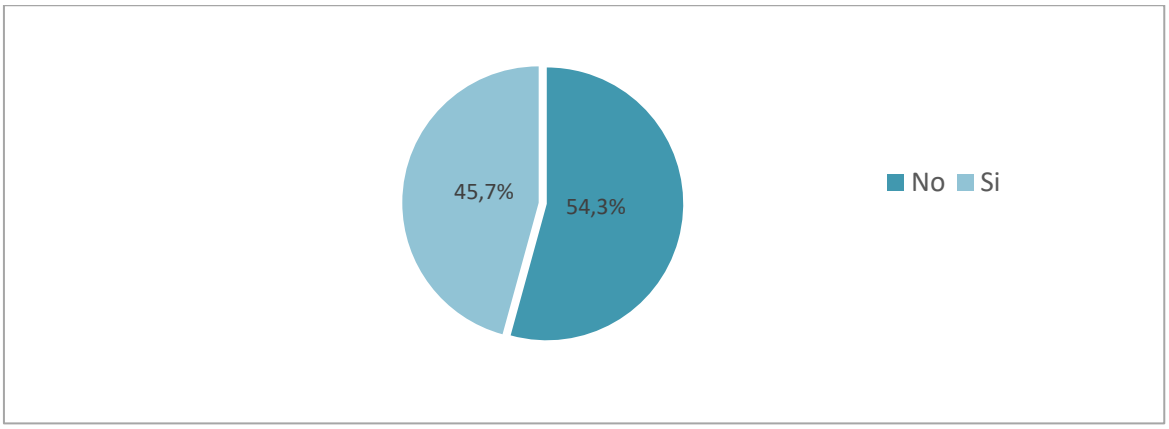
"Es verdad que el seguimiento con jóvenes ha sido mucho más ágil y sencillo, pero no se nos puede olvidar que muchos y muchas sufren de grandes carencias económicas, en casas dónde no hay wifi o tienen un ordenador para cuatro hermanos. Y claro, trabajar con esos recursos es

muy complicado, por muy jóvenes que sean. Entonces nos ha sido difícil hacer el seguimiento con varios chicos."

(Responsable de programas)

Todas estas adaptaciones y cambios en las formas de realizar el trabajo han supuesto en muchos casos el uso de herramientas y aplicaciones cuyo manejo era desconocido. Por este motivo la formación sobre el uso de estas ha resultado sin duda un requisito. Sin embargo, una mayoría (54,3%) del personal encuestado dice no haber realizado ningún tipo de formación profesional durante el confinamiento.

Gráfico 38. ¿Ha recibido formación de carácter profesional durante el confinamiento?



Fuente: elaboración propia

En este sentido en las entrevistas también sobresalió esta necesidad de formarse para adaptarse a la nueva situación. En concreto, al **tiempo de formación** que muchos profesionales han necesitado invertir para poder sacar adelante los programas y servicios por vía virtual:

"Nosotras como te decía ya usábamos redes sociales, pero a este nivel ni de broma; o sea, a este nivel ni de broma porque..., bueno, también se puede ver la evolución en el Instagram de los vídeos ha sido, ha sido tremenda ¿no? Del primer video ahí que te grabas como de andar por casa, a los videos que hacemos ahora que bueno, no te digo que son de carácter profesional pero bueno, que el cambio y la evolución ha sido muy notable y para llegar a eso le hemos tenido que invertir muchas horas de trabajo y aprendizaje."

(Coordinadora de programas)

"La brecha digital no ha sido solo con los usuarios sino con los técnicos hay sido más evidente que nunca, esto de que tienes siempre pendiente de: tengo que mirar esto, tengo que hacer lo otro, como que te ha venido de golpe y has tenido que echar más horas para investigar y hacer cositas y luego todo el material que tienes que adaptar a la formación en este caso y a las reuniones que se hace por vídeo llamada y que no tienen nada que ver con lo presencial, fue

muchísimo curro en ese lado y por parte de los técnicos también fue ponerse al día, ver qué plataformas digitales hay, cómo funcionan y adaptación de contenidos y metodología de trabajo."

(Técnica de formación)

3.9 Retos de futuro y adaptaciones consolidadas

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías afirma que «la actual crisis de salud pública plantea serias preocupaciones adicionales por el bienestar de las personas que consumen drogas, garantizando la continuidad del servicio para las personas con problemas de drogas, y la protección de quienes ofrecen atención y apoyo a esta población» (Pag 1 Posicionamiento CSFD on COVID-19).

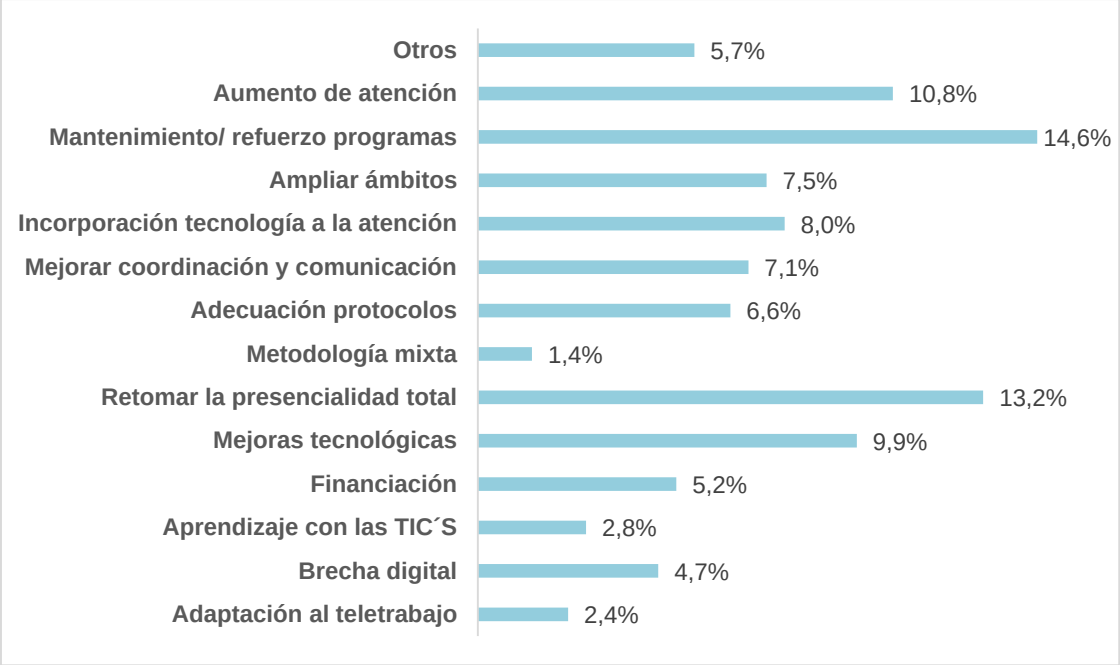
En este apartado se van a analizar aquellos retos y ventanas de oportunidad que se han abierto como consecuencias de la pandemia y la posterior crisis sociosanitaria.

En este sentido, las personas encuestadas de la red de adicciones han revelado algunos de los posibles retos a futuro del programa o recurso. Los principales retos señalados apuntan al mantenimiento y refuerzo de los programas (14,6%), la vuelta a la presencialidad total (13,2%), el aumento de la atención (10,8%), además de las mejoras de índole tecnológica y su incorporación a la atención (8%). Por nombrar algunas de las más relevantes.

El análisis bivariable ha mostrado como las mujeres perciben como principales retos: mantenimiento/refuerzo de programas, retomar la presencialidad y aumento de atención. Mientras que los hombres perciben que los retos a futuro son: la brecha digital, mejoras tecnológicas, adecuación de protocolos y mantenimiento/refuerzo de programas (ver tabla de contingencia 14 en el anexo).

Más aún, en función del puesto del área de trabajo, los principales retos a futuro que plantean la estructura de las organizaciones son retomar la presencialidad total y el mantenimiento/refuerzo de programas, el equipo técnico; las mejoras tecnológicas, retomar la presencialidad total, y mantenimiento/refuerzo de programas, el equipo sanitario; la adecuación de protocolos y el personal técnico de prevención; ampliar ámbitos, financiación, mejoras tecnológicas y mejorar coordinación y comunicación (ver tabla de contingencia 15 en el anexo).

Gráfico 39. Consideraciones sobre los retos a futuro de los programas por parte de los y las profesionales.



Fuente: elaboración propia

3.9.1 Recursos económicos

La crisis sociosanitaria has puesto en peligro los **recursos económicos** de las entidades, cuestión elemental para el mantenimiento de los proyectos. En este sentido, la mayoría de los profesionales entrevistados/as han manifestado que las entidades para las que trabajan han visto limitada de una manera u otra su capacidad económica tras la pandemia. Las causas del deterioro económico que han sufrido son diversas: grandes inversiones en materiales higiénicos e infraestructuras de protección, cierre de proyectos, reducción del número de plazas de personas usuarias, etc. Ante esta situación, muchos/as profesionales argumentan que no ha existido un criterio único entre las Administraciones Públicas sobre el mantenimiento económico de los proyectos, existiendo una desigualdad administrativa en la que algunos organismos han flexibilizado las partidas económicas o proporcionado subvenciones ante la situación, mientras que otras han sido más rígidas en las justificaciones económicas llevando a cabo, incluso, una rescisión de contratos:

"La verdad es que en nuestro caso se ha conseguido que se flexibilicen las partidas presupuestarias, porque a lo mejor no he tenido apenas gastos de mantenimiento, pero he tenido muchos gastos de materiales de aislamiento, dispositivos electrónicos y etc., que no estaban previstos. Entonces en nuestra autonomía, por lo que conozco, si sé que se han podido flexibilizar. Pero conozco organizaciones de otras comunidades, en las que tenías que justificar tu

partida tal y como se había planteado inicialmente y, eso, es que en esta situación es imposible porque todo ha cambiado."
(Responsable de área)

"Hubo ayuntamientos que se plantearon rescindir los contratos, teniendo contratos firmados, además como con una causa hiper justificada (…) sin embargo otros nos dijeron que adaptáramos los programas y siguiéramos trabajando. Y te estoy hablando de municipios que pueden estar a distancias de 20 kilómetros unos de otros. Entonces lo que ha habido ha sido mucho desbarajuste de criterios y ha quedado todo un poco a la voluntad de cada uno." (Directora de área)

En esta línea, cabe señalar que **la situación ha impactado especialmente en las entidades medianas y pequeñas con menosrecursos**, que no tenían la capacidad de cubrir todos los gastos extraordinarios que la pandemia trajo consigo, ni la capacidad de esperar a recibir ayudas externas:

"El problema ha sido sobre todo en las organizaciones más pequeñas, porque en las grandes siempre tienes margen para cubrir gastos inesperados. Pero en las pequeñas, una situación como esta que te desequilibra todos los presupuestos. Ha supuesto que muchas hayan tenido que cerrar porque ya no tenían más presupuesto con el que tirar e invertir en todo lo que necesitaban. Y, claro, no han podido permitirse esperar 6,12 o 18 meses a recibir algún tipo de subvención o ayuda que las pudiera rescatar."
(Responsable de área)

"Hemos pasado por unas tenido unas dificultades económicas muy importantes que evidentemente una organización como la nuestra puede enfrentar, pero a una organización pequeña la puede mandar a números rojos peligrosos."
(Director de área)

En conjunción con las entidades de menor tamaño, los recursos que más se han visto **perjudicados económicamente**, han sido **aquellos que dependen de subvenciones variables según el número de plazas ocupadas** (especialmente las comunidades terapéuticas), en tanto que la pandemia ha requerido de una reducción de éstas:

"Bueno, aún estamos con ello, porque aún seguimos luchando para que desde la Administración nos paguen estas plazas COVID que les llamamos que son plazas que hemos tenido vacías pero porque nos hemos visto obligadas a tenerlas vacías, y estamos en ello, intentando que entiendan de que estas plazas se tendrían que pagar porque no las hemos podido llenar pero no por nuestro

gusto sino por un tema de pandemia, y lógicamente para seguir las instrucciones desde el Departamento de Salud."

(Dirección adjunta de programas)

"Después cuando nos dejaban empezar a hacer ingresos, claro, había unas condiciones tan restrictivas que ha costado un montón, o sea ahora lo que tenemos son serios problemas con la sostenibilidad económica, porque la manera de financiarnos es por un tipo de subvenciones, las comunidades terapéuticas, los pisos, etc., no son contratos públicos, son subvenciones que depende de la ocupación del centro. Claro, hemos llegado a tener las comunidades, si había 30, con 12 personas. Y estamos ahí, negociándolo, demostrando que lo que tienen que hacer es pagarnos al menos el 90%, porque no es algo atribuible a nuestra gestión ni a nada."

(Directora de programas)

No obstante, esta problemática, como se ha mencionado, no ha sido extensible a todos los financiadores de este tipo de recursos, existiendo administraciones que continuaron financiando el número de plazas ocupadas de manera anterior a la pandemia.

"Nosotros tenemos que facturar por cada residente que está en comunidad terapéutica, con lo cual le dijimos al departamento "oye mira va a haber 20 personas que van a salir a sus domicilios, pero nosotros consideramos que los tenemos que seguir facturando igual". Y nos dijeron "ningún problema, no os vamos a poner ningún problema a ese nivel, sabemos que vais a hacer un control de ellos a nivel telemático, etc.". Con lo cual nosotros hemos seguido facturando durante todo el periodo de confinamiento domiciliario a esas personas como si estuvieran residiendo en comunidad, no nos han puesto ningún problema."

(Dirección entidad)

Finalmente, los y las profesionales también señalan las áreas de educación de calle y la prevención, como aquellas que más han sufrido **recortes presupuestarios**, suponiendo en muchas ocasiones, el **cierre de proyectos**:

"En otros proyectos, aunque hemos tenido que justificar mucho los programas, al final nos han dejado con la subvención inicial. Pero en el caso de la prevención, entendieron que no los podíamos desarrollar de ninguna manera y directamente nos retiraron esas subvenciones. Con lo cual tuvimos que cerrarlos y todavía estamos pendientes de si podremos reanudarlos o no. "

(Director de área)

"El otro programa de prevención en colegios es donde se han notado más el desbarajuste económico, ha sido desde septiembre del 2020 a junio del 2021, porque los protocolos de duración ya no nos dejaban ir a las clases. Bueno, dependiendo también del profesorado, había profesores que sí solicitaban que se pudiera hacer en la clase, pero muchos decían que no. Entonces este programa se ha ido desarrollando, pero la entidad al no recibir otro tipo de subvenciones con las que se autofinanciaba, pues se ha tenido que disolver, entonces este programa en el mes de enero ya no pudo continuar, en este año."

(Responsable de Plan municipal de Adicciones)

3.9.2 Retos de futuro

Como se ha venido señalando hasta ahora, existen diferentes elementos (como el área de trabajo, la CCAA o la dependencia administrativa) que han influido fuertemente en las capacidades de adaptación de las metodologías de trabajo. Sin embargo, existe una serie de elementos que se tornan en comunes a casi todas las entidades entrevistadas, en lo referido a los **retos que todavía quedan pendientes de superar para terminar de adaptar las metodologías de trabajo a la situación de crisis sociosanitaria y a los cambios de escenarios normativos que de ella han derivado**. Así, se detectan principalmente tres cuestiones que, desde las organizaciones, se entienden como las principales brechas metodológicas que quedan pendientes de resolver:

1. **Realizar seguimientos y evaluaciones sobre las adaptaciones telemáticas que se han llevado a cabo**, para detectar las carencias y las brechas de atención percibidas por parte de los/as usuarios/as a través de esta vía:

   "Nos queda todavía yo creo que algo muy importante: evaluar lo que hemos hecho, que nos digan los usuarios qué les parece, qué falla, qué hay de bueno. Eso es un esfuerzo que vamos a tener que hacer en todos los recursos, pero es imprescindible para su buen funcionamiento."

   (Directora de área)

   "Tenemos pendiente hacer evaluaciones de las adaptaciones (…) es algo que yo lo concibo como básico y que tenemos que hacer, para poder ver si, efectivamente todo lo que hemos hecho, ha tenido resultados positivos."

   (Coordinadora de programas)

2. Rediseñar las metodologías online desde una óptica que parta menos de la urgencia y que, vistas las ventajas que en muchas ocasiones facilita lo online, se consiga **fusionar de una manera compacta y lineal con la atención presencial**:

"La vía online te da la posibilidad de mantener un contacto, pero había mucha gente con cuestiones de necesidad importante y que precisaban atención directa y que es un tipo de atención que nunca puede suplir la atención online a la directa (…) toda la intervención que hicimos desde lo online fue de urgencia por la situación. Nos queda pendiente repensarlo todo mejor, para proponer un modelo homogéneo entre lo presencial y lo online, que tenga sentido y continuidad."

(Director de área)

"Nos queda un esfuerzo considerable para que podamos conjugar perfectamente la vía telemática y la presencial. Porque son modelos que ya están aquí y van a convivir. Entonces tenemos que pensar estrategias coherentes y que se retroalimenten mutuamente."

(Coordinadora de programas)

3. **La necesidad de proveer de recursos tecnológicos y capacidades digitales a los/as usuarios/as de los programas**, para que éstos/as puedan hacer frente a la participación de pleno derecho en los programas, ante un contexto social y administrativo cada vez más tendente a la digitalización de los servicios:

"Es que yo creo que no podemos hablar de plena adaptación hasta que las personas con las que trabajemos tengan medios dignos para poder trabajar por la vía online. Es que además todos los procesos de digitalización se están acentuando cada vez y la pobreza tecnológica es cada vez más una cuestión de exclusión ciudadana."

(Directora de área)

"Lo primero son los medios de las personas usuarias, que se les facilitaran medios. Sí, aunque no sepan utilizarlos, para eso estás tú, para ayudarles a utilizarlos, ¿pero si no tienen medios? eso es lo primero que veo, hay un déficit que habría que cubrirlo de alguna manera, los medios para las personas usuarias."

(Técnica de formación)

3.9.3 Adaptaciones consolidadas

Aunque a partir de junio de 2020, muchos de los servicios pudieron aliviar gradualmente algunas de sus medidas, las sucesivas oleadas de Covid-19 han puesto en evidencia la necesidad de reconfigurar los programas de atención a las drogodependencias sin una duración definida en el tiempo. En conjunción con esta cuestión, las adaptaciones metodológicas llevadas a cabo tras el estadillo de la pandemia, en muchas ocasiones se han percibido como ventajosas, a la hora

de integrarlas en los modelos habituales de trabajo, de manera independiente a la crisis socio sanitaria.

En este sentido, a través del análisis de los discursos, se han detectado diversas adaptaciones que los y las profesionales perciben como cuestiones metodológicas que han llegado a las entidades para quedarse; éstas, a nivel general, pueden agruparse a través de cuatro líneas:

1. **Implantación de reuniones virtuales internas y externas de manera habitual**, al percibirse que la telematización de las mismas posibilita una mayor agilidad en la coordinación entre entidades, administraciones y usuarios/as, así como una mayor facilidad a la hora de poder agendar reuniones:

> *"El tema de las tecnologías y las reuniones virtuales e incluso el uso combinado de cuestiones virtuales o presenciales, ya no solamente nosotros como equipo con las entidades, sino desde las entidades para las personas usuarias (…) eso ha venido para quedarse, claro que tendremos que lograr el equilibrio según vayamos avanzando, lograr equilibrio de la parte que sea presencial, del contacto, de conocer a las personas, de conocer cuál es su realidad, para seguir utilizando estos medios, para evitar desplazamientos innecesarios, esperas."*
>
> (Responsable de área)

> *"La parte de coordinación con otras instituciones de forma online y de forma telemática también es algo que a lo largo de la pandemia hemos aprendido todos los profesionales un poco a normalizar y a hacerlo como algo habitual y realmente creo que también ha venido para quedarse porque es algo que ahorra mucho tiempo."*
>
> (Coordinadora de programas)

2. La **integración de metodologías de trabajo online y digitales** (siempre que la actividad lo permita), en combinación con la atención presencial llevada a cabo de forma habitual:

> *"Yo siempre lo he dicho: vale, que se vuelva a lo presencial pero lo online se tiene que quedar, porque hemos visto que es fácil, hemos visto que hay mucha gente que no sabe hacer un currículum o no sabe rehacer un correo, pero sí que sabe conectarse y entonces sí puede hacer esto y eso les motiva y es algo que para aquella gente que tiene más dificultad de salir de casa por ciertas circunstancias, el poder contactar con ellos."*
>
> (Técnica de formación)

"Lo que estamos haciendo es reconvertir nuestra oferta, la visual con videos, etc., pensando en que los colegios no van a aceptar mucha presencia, por lo menos creemos que en el próximo curso, pero que tenemos que seguir ofreciendo, bueno, pues no solamente siendo referentes sino también ofreciendo una respuesta rápida, telemática y demás; entonces, en ese sentido, tanto en lo comunitario, educativo, y demás, como decía el otro día, estamos mejorando la calidad de lo que vamos a ofertar telemáticamente, que viene para quedarse y yo creo que está bien, viene para quedarse sin olvidarnos de lo presencial."

(Subdirectora General de Adicciones)

3. **Intensificación del uso de RRSS** por parte de las entidades, como estrategia de comunicación, sensibilización y difusión:

"Ahora mismo todo lo que podamos hacer por supuesto presencial lo dejaremos, pero toda la parte online va a estar totalmente abierta a todo, por supuesto el tema de redes sociales es una nueva parte de la intervención y es muy importante en el proyecto."

(Coordinadora de programas)

"Ha venido para quedarse en la prevención todo el trabajo de plan comunicativo, lo que sí es que evidentemente no podemos renunciar a nuestro trabajo comunitario y de encuentro con la población, que es la que tiene sentido para la prevención y el modelo preventivo que nosotros creemos en él, así que nos obliga a pensar cómo conseguir recursos para Community Manager."

(Director de área)

4. **El mantenimiento del contacto con las familias a través de videollamadas**, en todos aquellos recursos que requieren del aislamiento de los/as usuarios/as (comunidades terapéuticas, prisiones, etc.):

"Se va a quedar la introducción de video llamadas con los niños desde el inicio, y la introducción en vez de llamar por teléfono que fueran video llamadas que esto no lo teníamos nosotras, nosotras era todo siempre por teléfono, y ahora creemos que es mucho más rico que sea así por videoconferencia, que se vean, que puedan ver cómo están también físicamente, no solo por voz, y eso creo que ha sido un cambio en positivo también, que ha ayudado."

(Dirección de programas)

"*La posibilidad de más contacto con las familias y de incorporar lo telemático y las intervenciones telemáticas se va a quedar. El tema de relajar algunas normativas yo creo que también se va a quedar, o sea todo lo que tiene que ver con más contacto con la familia se va a quedar."*

(Directora de programas)

5. Y, finalmente, **la programación permanente de formaciones/seminarios en formato virtual**, como herramienta que posibilita la participación y el alcance de un mayor número de personas:

> *"Antes convocabas algo y muchas veces venían 60, 70 personas, no caben más de 80 personas, se puede retrasmitir, pero la gente veía lo que veía, ¿no? Ahora haces una convocatoria y en el webinar a lo mejor si el tema es de interés hay 200 y 300 personas ahí detrás viéndolo. Y eso se va a quedar."*
>
> (Subdirector de programas)

> *"El tema de sobre todo la formación online, que estaba entrando como poco a poco, la experiencia nuestra era que la mayor demanda era prácticamente un 80% presencial y un 20 online, todo eso está cambiando. Es verdad que ahora mismo que salimos de una situación de estar confinados, casi de que no puedes hacer lo que quieres, hay más tendencia a lo presencial que a lo online, pero lo online ha venido; bueno, estaba ya, pero para coger un tramo importante, sobre todo en el aspecto de la formación."*
>
> (Responsable de plan Municipal de Adicciones)

4. Conclusiones

La pandemia en la que todavía hoy en día seguimos inmersas hizo tambalear la forma en la que vivíamos, produciendo grandes cambios tanto en la vida profesional, como en la vida cotidiana. Los primeros momentos están sin duda unidos al confinamiento total en los hogares de todas las personas que no tuvieron un motivo esencial para poder salir, una de las medidas más duras a nivel europeo. Esta situación impactó de lleno en la red de atención a las adicciones, así como en las personas que hacen uso de ésta.

En el inicio de la pandemia hubo momentos de mayor y menor acierto y clarividencia, sobre todo en lo que respecta a la forma en la red debía seguir funcionando, en lo relativo al establecimiento de protocolos, así como sobre los proyectos y servicios que debían ser considerados esenciales y los que no. Fueron **momentos de mucha incertidumbre y confusión, con una toma de decisiones sobrevenidas y precipitadas, que tuvieron un impacto diferente y que generaron unas respuestas y consecuencias desiguales.** Desiguales como algo fortuito debido a la situación, pero cuyo resultado ha cronificado unas desigualdades ya existentes, que se han acentuado con la pandemia. Las respuestas desiguales han variado en función de las administraciones territoriales y de las áreas de las que dependían los recursos, así como del tipo de recurso del que se tratara. Esta incertidumbre y confusión se trasladó de manera evidente al establecimiento de los protocolos y a los planes de contingencia para hacer frente a las situaciones consecuencia del COVID. En este sentido, una vez más y como veremos a continuación, también hay muchas diferencias a nivel territorial. Estas disparidades territoriales han provocado que **recursos de la misma naturaleza, e incluso de una misma entidad, hayan tenido recorridos muy diferentes**.

La percepción del riesgo fue bastante elevada en los primeros momentos sobre todo para todas aquellas personas que continuaron trabajando de manera presencial, principalmente el personal sanitario y de atención directa. Sin embargo, las personas que no tuvieron que acudir presencialmente a su puesto de trabajo, lógicamente tienen una percepción del riesgo menor. En términos generales, esta percepción del riesgo fue disminuyendo conforme iba pasando el tiempo y las sucesivas olas de contagios. Una posible explicación de esta disminución, se debió en parte a la adaptación a la situación por parte de las

personas, pasado el shock inicial y al progresivo mayor acceso a material de prevención, EPIs, mascarillas, gel hidroalcohólico, pruebas diagnósticas (PCR), etc.

En general **hay bastante coincidencia entre las visiones de los y las profesionales,** más recogida en la encuesta **y las visiones de las personas con mayor nivel de responsabilidad,** contempladas en las entrevistas en profundidad, aunque cabe establecer ciertos matices. Por ejemplo, hay una percepción un poco más negativa sobre de la coordinación tanto a nivel interno como a nivel externo entre las profesionales. Esto es lógico por dos motivos: el primero es que suelen ser los y las personas receptoras de esa coordinación y tienen menor control sobre las mismas. En segundo lugar, no han estado tan inmersas en las tareas de coordinación, fundamentalmente en la vinculada con las administraciones y financiadores.

En este sentido, el análisis de las adaptaciones metodológicas llevadas a cabo por las entidades del Tercer Sector en materia de adicciones sugiere **una pluralidad de escenarios, complejos de sistematizar, dada la diversidad de casuísticas que los interpelan**. Así, cuestiones como la administración de referencia de los proyectos, las CCAA de pertenencia -en materia de normativas y restricciones-, las desigualdades territoriales, la consideración del ámbito de las adicciones como un área de trabajo secundaria o el área de trabajo al que se adscriben los diferentes programas, han determinado en buena medida las capacidades de adaptación de cada recurso, al haber tenido una gran capacidad de definición de las actividades que se han asumido como esenciales o no y, en consecuencia, los recursos (tecnológicos, económicos y de protección) disponibles para cada uno de ellos. Por tanto, resulta complejo aplicar una lógica única a las maneras en las que los distintos programas han podido actuar y amoldarse a la crisis sociosanitaria, pero existen elementos que se detectan comunes a la mayor parte de los servicios analizados.

Un elemento muy positivo y que es necesario destacar es que gran parte de los programas y recursos han tenido continuidad, a pesar de los problemas iniciales debido a la confusión en los primeros momentos de la pandemia, y a pesar de que muchos no fueron considerados. No obstante, todos han sufrido algún tipo de cambio para adaptarse a la situación, bien sea en el número de plazas que podían ofrecer, bien en la forma de funcionamiento o en las formas y métodos del trabajo. A este respecto, de manera general, los **programas relativos a la atención directa y la reducción del daño** han sido los que menos problemas de justificación administrativa han tenido para poder seguir funcionando, al considerarse, con frecuencia, servicios esenciales. Sin embargo, la naturaleza física de su trabajo, la necesidad de trabajar en la urgencia, **el perfil socioeconómico de las personas a las que atienden y la brecha digital que atraviesan, ha complejizado en mucho sus capacidades de adaptación en términos**

virtuales. Así, la continuación de los programas de manera segura se ha basado fundamentalmente en el despliegue de recursos higiénicos y de protección, así como en la creación de grupos burbuja de trabajadores/as y usuarios/as. No obstante, han surgido interesantes innovaciones en este sentido, como la dispensación a domicilio de tratamientos sustitutivos, el seguimiento de usuarios/as por vía virtual o la implantación de videollamadas con familiares en servicios residenciales. Asimismo, han emergido algunos programas diseñados especialmente para la actuación durante la pandemia, que han puesto en evidencia algunas necesidades "pre-COVID" en materia de atención a las personas con problemas de adicciones y que se han posicionado como referentes de actuación en este sentido.

Por su parte, los **programas de prevención, sensibilización y formación** han sido los que más trabas administrativas han tenido para poder continuar con su actividad, al considerarse como actividades no esenciales, sufriéndose, incluso, el cierre de programas, fundamentalmente de carácter escolar. Sin embargo, las experiencias narradas, han puesto de relieve sus grandes capacidades de adaptación al contexto del confinamiento domiciliario y posteriores fases de desescalada, al haber desplegado una gran batería de recursos virtuales que les ha permitido continuar con su actividad sin demasiada dificultad. De la misma forma, el perfil de población usuaria (a menudo joven), ha facilitado la comunicación y el trabajo vía online, al asumirse como una población inmersa en el universo digital, con grandes predisposiciones a trabajar a partir de esta vía.

La pandemia y el confinamiento trajeron consigo el teletrabajo para muchas personas. Es cierto que no todas las personas tenían o tienen trabajos que se hayan podido adaptar a esta forma de trabajar en remoto. En la red de atención a las adicciones, especialmente los recursos ambulatorios y sanitarios, así como los residenciales y las comunidades terapéuticas han sido los que han mantenido la presencialidad. **Pero, en general, buena parte de los equipos técnicos, el personal de estructura de las organizaciones, los equipos de prevención estuvieron teletrabajando.** Algo muy importante es que ha habido pocas organizaciones que hayan podido facilitar a sus trabajadoras los medios necesarios para la realización del trabajo virtual.

Asimismo, cabe reseñar que la continuación de los programas en situación de crisis sociosanitaria y las adaptaciones que han emergido de esta situación, han requerido de una **gran carga laboral para muchos/as de los y las profesionales de la red de adicciones** en términos de horarios de trabajo y de necesidades de formación derivadas de la pandemia. A su vez, con mucha frecuencia, las entidades que forman parte de la red se han visto en la necesidad de asumir trámites y gestiones que no eran de su competencia directa, al recurrir los usuarios/as

a ellas tras el cierre presencial de Servicios Sociales y ayuntamientos, conllevando, nuevamente, una sobrecarga de trabajo por parte de los y las profesionales.

En este sentido, el teletrabajo también ha contribuido en esa sobrecarga. Gracias al análisis de la información de la encuesta cruzada con la variable sexo **se ha observado una peor situación en las mujeres, quienes reconocían mayoritariamente y en mayor medida que los hombres ese aumento de las horas de trabajo.** Además, no han contado con un espacio de trabajo adecuado en sus hogares para realizar en buenas condiciones su actividad laboral, si bien, en este caso, no se han observado tantas diferencias con sus compañeros varones.

A pesar de que las **adaptaciones metodológicas** llevadas a cabo se han basado en un motivo de fuerza mayor, muchas de ellas **han llegado para quedarse en materia de intervención**. En este sentido, ha cobrado especial relevancia la instauración de metodologías de trabajo mixtas -en términos de presencialidad y virtualidad-, al contemplarse como una realidad que se ha consolidado en muchas entidades. Desde esta óptica, la vía online se percibe como una herramienta que posibilita el trabajo con muchos/as usuarios/as a los y las que, por costes de desplazamiento o conciliación horaria (entre otros), les es complejo asistir a los programas de manera habitual. Sin embargo, esta posibilidad de trabajo online siempre se ve necesaria de compaginar con las metodologías habituales de trabajo presencial, debido a la mayor apertura emocional que posibilita el encuentro físico, así como la brecha digital que atraviesa a muchos/as usuarios/as y que les impide participar en los programas de manera online.

Otro aspecto diferenciador en función de la variable sexo/género entre los y las profesionales, son las percepciones sobre los retos de futuro que quedan pendientes de asumir desde los diferentes programas y recursos. En este sentido, mientras que entre las mujeres sus consideraciones predominantes están relacionadas con los cuidados y lo externo (aumento de la atención, retorno a la presencialidad, refuerzo de los programas…), entre los hombres predominan las percepciones vinculadas con las tecnologías y lo interno (brecha digital, mejoras tecnológicas, adecuación de protocolos, etc.)

Algo que también preocupa y ha sobresalido **es el problema de la financiación de los proyectos y recursos.** En este sentido, la mayoría de los y las profesionales han manifestado que las entidades para las que trabajan han tenido algún tipo de limitación económica. Esto ha impactado especialmente a aquellas entidades más pequeñas y con menores recursos, habiendo incluso entidades y/o recursos que han cerrado.

En este sentido un aprendizaje que debe quedar es la agilidad de lo virtual para la coordinación tanto a nivel interna de las organizaciones como a nivel de coordinación con la administración

financiadora y sus responsables. La pandemia ha servido para establecer que otras formas de hacer las cosas eran posibles y que muchas de estas formas generan un valor añadido que conviene seguir explorando y evaluando.

Anexo I. El cuestionario

Fundación Atenea

Adaptaciones metodológicas Red de Adicciones

El siguiente cuestionario se enmarca en una investigación financiada por el PNSD sobre el impacto de COVID 19 en las metodologías de la red de adicciones. Está dirigido a profesionales de cualquier ámbito de las adicciones. Es totalmente anónimo y su tiempo de cumplimentación es de 15 minutos. Su participación es imprescindible para recoger el impacto de la pandemia en la red de adicciones.

1. Sexo

- ◯ Mujer
- ◯ Hombre

2. ¿Qué edad tiene?

3. ¿En qué Comunidad autónoma se encuentra ubicado el programa o recurso en el que trabaja?

4. ¿Cuál es el ámbito prioritario de actuación del programa o recurso?

- ◯ Local/municipal
- ◯ Comarcal
- ◯ Provincial
- ◯ Autonómico
- ◯ Estatal
- ◯ Europeo
- ◯ Otros (especifique)

5. Tipo de programa o recurso en el que trabaja

- ◯ Prevención
- ◯ Tratamiento ambulatorio
- ◯ Centro de día
- ◯ Tratamiento hospitalario
- ◯ Comunidad Terapéutica
- ◯ Otros (especifique)
- ◯ Orientación laboral
- ◯ Inserción social
- ◯ Reducción del daño y riesgos
- ◯ Penitenciario

6. Prioritariamente ¿a qué población se dirige el programa o recurso?

- ◯ Personas con adicción a sustancia
- ◯ Jóvenes
- ◯ Mujeres
- ◯ Juego patológico
- ◯ Personas sin hogar
- ◯ Hombres
- ◯ Familias
- ◯ Comunidad/Barrio
- ◯ Población general
- ◯ Otros (especifique)

7. ¿Cuál es la fuente principal de financiación del programa o recurso?

- ◯ Administración Municipal
- ◯ Diputación
- ◯ Administración Autonómica
- ◯ Administración Estatal
- ◯ Administración Europea
- ◯ Financiación privada
- ◯ Otros (especifique)

8. ¿Cuál es el área al que está adscrito su programa o recurso?

- ◯ Servicios sociales/Bienestar social
- ◯ Sanidad
- ◯ Juventud
- ◯ Otros (especifique)

9. ¿Qué puesto de trabajo desempeña en el programa?

- ◯ Coordinación
- ◯ Psicóloga/o
- ◯ Trabajor/a social
- ◯ Educador/a social
- ◯ Monitor/a
- ◯ Medica/o
- ◯ Otros (especifique)
- ◯ Enfermera/o
- ◯ Administrativo/a
- ◯ Orientador/a laboral
- ◯ Voluntaria/o
- ◯ Técnica/o de prevención

10. ¿El programa se ha suspendido en algún momento a causa de la pandemia?

- ◯ No
- ◯ Sí
- ◯ Sí y entré en ERTE

11. ¿Ha cambiado su área de trabajo como consecuencia de la pandemia?

- ◯ No
- ◯ Sí, ¿de qué área a qué otra área? (especifica)

12. ¿Ha asumido nuevas tareas como consecuencia de la pandemia?

- ◯ No
- ◯ Sí

13. ¿Qué tareas nuevas ha asumido como consecuencia de los cambios que ha introducido la pandemia?

1
2
3

14. ¿Cuáles son sus percepciones sobre las directrices recibidas en el primer momento de la pandemia (marzo, abril 2020)?

- ◯ Claras
- ◯ Precisas
- ◯ Suficientes
- ◯ Insuficientes
- ◯ Caóticas
- ◯ Desacertadas
- ◯ Otras (especifique)

15. Pensando en sus condiciones laborales a lo largo de 2020, valore del 1 al 5 teniendo en cuenta que el 1 es Nulo riesgo para su salud y el 5 Máximo riesgo para su salud.

	1. Nulo riesgo para su salud	2. Poco riesgo	3. Algo de riesgo	4. Bastante riesgo	5. Máximo riesgo para su salud
En el inicio de la pandemia/confinamiento (De marzo a mayo 202)	○	○	○	○	○
Desescalada (11 mayo y 20 junio)	○	○	○	○	○
La nueva normalidad (22 de junio a septiembre)	○	○	○	○	○
Segunda ola (Octubre a Diciembre)	○	○	○	○	○
Tercera ola (Diciembre a Febrero)	○	○	○	○	○

16. Valore los siguientes aspectos sobre la coordinación durante 2020, del 1 al 5 teniendo, en cuenta que el 1 es muy mala y el 5 muy buena.

	1. Muy mala	2. Mala	3. Regular	4. Buena	5. Muy buena	6. No lo sé
Coordinación con financiadores	○	○	○	○	○	○
Respuesta inicial de financiadores	○	○	○	○	○	○
Establecimiento de protocolos	○	○	○	○	○	○

17. ¿Qué problemas identificó en la coordinación con sus financiadores durante 2020?

1 _____

2 _____

3 _____

18. En cuanto a los equipos de protección

- ○ No recibimos
- ○ No hemos necesitado
- ○ Sí los recibimos ¿En qué mes comenzó a recibirlos? (especifique)

_____

19. Los equipos de protección fueron facilitados por

- ◯ La administración
- ◯ La entidad
- ◯ Ambas

20. ¿Quién facilitó la realización de pruebas PCR al personal del programa?

- ◯ Las ha realizado la administración
- ◯ Las ha realizado la entidad
- ◯ Ambas
- ◯ No se han hecho

21. ¿Ha sido vacunado/a con prioridad por su actividad laboral?

- ◯ Primera fase (Personal sanitario, sociosanitario y residencias)
- ◯ Segunda fase (Personal con una función social: emergencias y profesorado)
- ◯ No he sido vacunado por mi actividad laboral

22. ¿El programa se ha iniciado a raíz de la pandemia?

- ◯ No
- ◯ Sí

23. ¿Ha trabajado de manera virtual (teletrabajo)?

- ◯ No
- ◯ Sí

24. ¿Cree que ha tenido acceso a los medios necesarios para realizar trabajo virtual?

- ◯ No
- ◯ Sí

25. ¿Le ha facilitado la organización/administración los medios necesarios para realizar trabajo virtual?

- ◯ No
- ◯ Sí (especifique)

26. ¿Qué medios materiales considera necesarios para desarrollar el programa en situación de trabajo no presencial?

1

2

3

27. Principales dificultades identificadas para la realización del trabajo virtual

1

2

3

28. Responda sí o no a las siguientes cuestiones

	No	Sí
¿La COVID 19 aumentó su carga de trabajo?	○	○
¿La COVID 19 aumentó el tiempo dedicado al trabajo?	○	○
En caso de teletrabajo ¿el número de horas dedicadas a trabajar aumentó?	○	○
En caso de teletrabajo ¿tenía un espacio adecuado para trabajar?	○	○

29. ¿Cuál de las siguientes plataformas o aplicaciones ha comenzado a utilizar profesionalmente?

- ○ Zoom
- ○ Hangouts
- ○ Microsoft Teams
- ○ Jitsi
- ○ WhatsApp
- ○ Telegram
- ○ Otras (especifique)
- ○ Blogs
- ○ Instagram
- ○ Facebook
- ○ Tik tok
- ○ Moodle

30. ¿Cuál de las siguientes actuaciones ha realizado/participado durante el año 2020?

- ◯ Coordinación del equipo a través de medios telemáticos (zoom, hangout..)
- ◯ Coordinación del equipo a través de WhatsApp
- ◯ Inicio de coordinación con servicios u administraciones a través de WhatsApp
- ◯ Inicio de coordinación con servicios / entidades a través de metting, hangout...etc
- ◯ Otras (especifique)

31. ¿El programa ha iniciado alguna de las siguientes actuaciones a raíz de la crisis del COVID-19? Señale todas las que correspondan

- ◯ Intervención telefónica
- ◯ Seguimiento telefónico
- ◯ Actividades grupales a través de medios telemáticos (zoom, hangout...)
- ◯ Inicio de utilización de red social (twitter, instagram, facebook, tiktok...)
- ◯ Intensificación de uso en redes sociales ya existentes (twitter, instagram, faceboook..)
- ◯ Inicio de utilización de WhatsApp/Telegram pare intervención individual
- ◯ Utilización de WhatsApp/Telegram para divulgación de información
- ◯ Asesoramiento de uso de plataformas para trámites administrativos (Ertes, IMV, Bajas laborales..)
- ◯ Realización directa de trámites administrativos de personas usuarias a través de soporte informático (empadronamientos, presentación de solicitudes, enviar documentos por mail..)
- ◯ Utilización de grupos de WhatsApp/Telegram como herramienta de trabajo grupal con personas usuarias
- ◯ Otras (especifique)

32. ¿El uso de estos canales ha producido una modificación en la metodología?

- ◯ No
- ◯ Si

33. A raíz de la pandemia ¿considera que se han introducido innovaciones metodológicas?

- ◯ No
- ◯ Si. ¿Cuáles? (especifique)

34. ¿Qué aprendizajes, innovaciones o metodologías cree que se van a mantener en el futuro?

1

2

3

35. Durante la pandemia ¿el programa o recurso se ha abierto a otros grupos de población?

- ◯ No
- ◯ Si ¿Cuáles?

36. ¿Considera que las personas usuarias del programa o recurso presentan situaciones de brecha digital?

- ◯ No
- ◯ Si

37. ¿Se ha facilitado algún tipo de equipamiento a las personas usuarias?

- ◯ No
- ◯ Sí, teléfono móvil
- ◯ Sí, equipo informático (ordenador)
- ◯ Otro (especifique)
- ◯ Sí, tablet
- ◯ Sí, router

38. ¿Ha recibido formación de carácter profesional durante el confinamiento?

- ◯ No
- ◯ Si

39. ¿Se ha reportado memoria de actividad/ registro de actividad del programa o recurso específico durante la fase de confinamiento?

- ◯ No
- ◯ Si

40. Después de 2020 ¿cuáles son los tres principales retos a futuro del programa o recurso del que es parte?

1

2

3

Anexo II. Tablas y cruces del análisis bivariable

Tabla de contingencia 1. ¿Ha sido vacunado/a con prioridad por su actividad laboral? Por área de trabajo						
		área de trabajo				Total
		Estructura	Equipo Técnico	Equipo Sanitario	Técnico de prevención	
Primera fase (Personal sanitario, sociosanitario y residencias)	Recuento	12	17	22	8	59
	% dentro de área de trabajo	30,0%	43,6%	55,0%	22,2%	38,1%
Segunda fase (Personal con una función social: emergencias y profesorado)	Recuento	14	14	16	12	56
	% dentro de área de trabajo	35,0%	35,9%	40,0%	33,3%	36,1%
No he sido vacunado por mi actividad laboral	Recuento	14	8	2	16	40
	% dentro de área de trabajo	35,0%	20,5%	5,0%	44,4%	25,8%
Total	Recuento	40	39	40	36	155
	% dentro de área de trabajo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia 2. Asunción de tareas nuevas Por área de trabajo (Q8recod)					
		área de dependencia			Total
		Servicios Sociales	Sanidad	Juventud	
Gestión/protocolos Covid-19	Recuento	8	10	0	18
	% dentro de Q8recod	36,4%	45,5%	,0%	30,5%
Aumento de responsabilidades	Recuento	2	1	0	3
	% dentro de Q8recod	9,1%	4,5%	,0%	5,1%
Atención telemática	Recuento	4	6	15	25
	% dentro de Q8recod	18,2%	27,3%	100,0%	42,4%
Tareas administrativas y financieras	Recuento	4	2	0	6
	% dentro de Q8recod	18,2%	9,1%	,0%	10,2%
Coordinación y trabajo interno	Recuento	4	3	0	7
	% dentro de Q8recod	18,2%	13,6%	,0%	11,9%
Total	Recuento	22	22	15	59

	% dentro de Q8recod	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia 3. Problemas con los financiadores por área de dependencia del programa

			Q8recod			Total
			Servicios Sociales	Sanidad	Juventud	
Problemas con los financiadores	Problemas con el financiador (Comunicación, difícil acceso, falta de directrices, modificación de cláusulas)	Recuento	18	14	8	40
		% dentro de Q8recod	75,0%	56,0%	33,3%	54,8%
	Problemas económicos	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de Q8recod	,0%	4,0%	,0%	1,4%
	Problemas para desarrollar el trabajo	Recuento	1	1	0	2
		% dentro de Q8recod	4,2%	4,0%	,0%	2,7%
	Problemas Covid-19	Recuento	3	3	0	6
		% dentro de Q8recod	12,5%	12,0%	,0%	8,2%
	Falta de preocupación	Recuento	0	1	8	9
		% dentro de Q8recod	,0%	4,0%	33,3%	12,3%
	No hubo problemas	Recuento	2	3	8	13
		% dentro de Q8recod	8,3%	12,0%	33,3%	17,8%
	Otros	Recuento	0	2	0	2
		% dentro de Q8recod	,0%	8,0%	,0%	2,7%
Total		Recuento	24	25	24	73
		% dentro de Q8recod	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia 4. Problemas con los financiadores 1 * área de trabajo						
		área de trabajo				Total
		Estructura	Equipo Técnico	Equipo Sanitario	Técnico de prevención	
Problemas con el financiador (Comunicación, difícil acceso, falta de directrices, modificación de cláusulas)	Recuento	18	9	6	12	45
	% dentro de área de trabajo	66,7%	69,2%	42,9%	60,0%	60,8%
Problemas económicos	Recuento	1	0	0	0	1
	% dentro de área de trabajo	3,7%	,0%	,0%	,0%	1,4%
Problemas para desarrollar el trabajo	Recuento	0	0	2	4	6
	% dentro de área de trabajo	,0%	,0%	14,3%	20,0%	8,1%
Problemas Covid-19	Recuento	3	2	0	0	5
	% dentro de área de trabajo	11,1%	15,4%	,0%	,0%	6,8%
Falta de preocupación	Recuento	0	1	0	0	1
	% dentro de área de trabajo	,0%	7,7%	,0%	,0%	1,4%
No hubo problemas	Recuento	3	1	2	4	10
	% dentro de área de trabajo	11,1%	7,7%	14,3%	20,0%	13,5%
Otros	Recuento	2	0	4	0	6
	% dentro de área de trabajo	7,4%	,0%	28,6%	,0%	8,1%
Total	Recuento	27	13	14	20	74
	% dentro de área de trabajo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia 5. Los equipos de protección fueron facilitados por… en función de área de la administración de la que dependen (Q8recod)						
			Área de la administración (Q8recod)			Total
			Servicios Sociales	Sanidad	Juventud	
Los equipos de protección fueron facilitados por…	La administración	Recuento	9	17	23	49
		% dentro de Q8recod	19,6%	34,7%	42,6%	32,9%
	La entidad	Recuento	20	15	23	58
		% dentro de Q8recod	43,5%	30,6%	42,6%	38,9%
	Ambas	Recuento	17	17	8	42
		% dentro de Q8recod	37,0%	34,7%	14,8%	28,2%
Total		Recuento	46	49	54	149
		% dentro de Q8recod	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia 6. ¿Ha trabajado de manera virtual (teletrabajo) en 2020? * área de trabajo							
			área de trabajo				Total
			Estructura	Equipo Técnico	Equipo Sanitario	Técnico de prevención	
¿Ha trabajado de manera virtual (teletrabajo) en 2020?	No	Recuento	9	8	36	0	53
		% dentro de área de trabajo	22,5%	20,0%	90,0%	,0%	33,1%
	Sí	Recuento	31	32	4	40	107
		% dentro de área de trabajo	77,5%	80,0%	10,0%	100,0%	66,9%
Total		Recuento	40	40	40	40	160
		% dentro de área de trabajo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia 7. ¿Cree que ha tenido acceso a los medios necesarios para realizar trabajo virtual? * área de trabajo							
			área de trabajo				Total
			Estructura	Equipo Técnico	Equipo Sanitario	Técnico de prevención	
¿Cree que ha tenido acceso a los medios necesarios para realizar trabajo virtual?	No	Recuento	13	23	22	20	78
		% dentro de área de trabajo	32,5%	60,5%	78,6%	50,0%	53,4%
	Sí	Recuento	27	15	6	20	68
		% dentro de área de trabajo	67,5%	39,5%	21,4%	50,0%	46,6%
Total		Recuento	40	38	28	40	146
		% dentro de área de trabajo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia 8. ¿La COVID 19 aumentó su carga de trabajo? * Q8recod						
			área de dependencia			Total
			Servicios Sociales	Sanidad	Juventud	
¿La COVID 19 aumentó su carga de trabajo?	No	Recuento	12	17	30	59
		% dentro de Q8recod	23,1%	32,7%	56,6%	37,6%
	Sí	Recuento	40	35	23	98
		% dentro de Q8recod	76,9%	67,3%	43,4%	62,4%
Total		Recuento	52	52	53	157
		% dentro de Q8recod	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia 9. ¿La COVID 19 aumentó su carga de trabajo? * edadrecod							
			Edad agrupada				Total
			25-35	36-45	46-55	56-65	
¿La COVID 19 aumentó su carga de trabajo?	No	Recuento	11	10	9	21	51
		% dentro de edadrecod	28,2%	25,6%	22,5%	52,5%	32,3%
	Sí	Recuento	28	29	31	19	107
		% dentro de edadrecod	71,8%	74,4%	77,5%	47,5%	67,7%
Total		Recuento	39	39	40	40	158
		% dentro de edadrecod	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia 11. ¿La COVID 19 aumentó el tiempo dedicado al trabajo? * área de trabajo							
			área de trabajo				Total
			Estructura	Equipo Técnico	Equipo Sanitario	Técnico de prevención	
¿La COVID 19 aumentó el tiempo dedicado al trabajo?	No	Recuento	11	14	22	12	59
		% dentro de área de trabajo	27,5%	35,9%	55,0%	30,0%	37,1%
	Sí	Recuento	29	25	18	28	100
		% dentro de área de trabajo	72,5%	64,1%	45,0%	70,0%	62,9%
Total		Recuento	40	39	40	40	159
		% dentro de área de trabajo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia 12. En caso de teletrabajo ¿tenía un espacio adecuado para trabajar? * Sexo					
			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
En caso de teletrabajo ¿tenía un espacio adecuado para trabajar?	No	Recuento	33	25	58
		% dentro de En caso de teletrabajo ¿tenía un espacio adecuado para trabajar?	56,9%	43,1%	100,0%
		% dentro de Sexo	49,3%	43,9%	46,8%
	Sí	Recuento	34	32	66
		% dentro de En caso de teletrabajo ¿tenía un espacio adecuado para trabajar?	51,5%	48,5%	100,0%
		% dentro de Sexo	50,7%	56,1%	53,2%
Total		Recuento	67	57	124
		% dentro de En caso de teletrabajo ¿tenía un espacio adecuado para trabajar?	54,0%	46,0%	100,0%
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia 13. A raíz de la pandemia ¿considera que se han introducido innovaciones metodológicas? * área de trabajo							
			área de trabajo				Total
			Estructura	Equipo Técnico	Equipo Sanitario	Técnico de prevención	
A raíz de la pandemia ¿considera que se han introducido innovaciones metodológicas?	Adaptación de programas (metodología mixta y online)	Recuento	13	6	6	4	29
		% dentro de área de trabajo	43,3%	31,6%	75,0%	14,3%	34,1%
	Creación de recursos específicos	Recuento	0	1	0	4	5
		% dentro de área de trabajo	,0%	5,3%	,0%	14,3%	5,9%
	Ampliación a otros grupos de población	Recuento	1	0	0	0	1
		% dentro de área de trabajo	3,3%	,0%	,0%	,0%	1,2%
	Uso de redes sociales	Recuento	3	1	2	0	6
		% dentro de área de trabajo	10,0%	5,3%	25,0%	,0%	7,1%
	Formación en medios digitales	Recuento	0	1	0	0	1
		% dentro de área de trabajo	,0%	5,3%	,0%	,0%	1,2%
	Transformación digital (Reuniones telemáticas y atención telemática)	Recuento	13	10	0	20	43
		% dentro de área de trabajo	43,3%	52,6%	,0%	71,4%	50,6%
Total		Recuento	30	19	8	28	85
		% dentro de área de trabajo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia 14. Principales retos de futuro 2 * Sexo					
			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Principales retos 2	Adaptación al teletrabajo	Recuento	1	2	3
		% dentro de Sexo	2,9%	4,5%	3,8%
	Brecha digital	Recuento	0	7	7
		% dentro de Sexo	,0%	15,9%	9,0%
	Aprendizaje con las TIC´S	Recuento	1	0	1
		% dentro de Sexo	2,9%	,0%	1,3%
	Financiación	Recuento	0	4	4
		% dentro de Sexo	,0%	9,1%	5,1%
	Mejoras tecnológicas	Recuento	1	5	6
		% dentro de Sexo	2,9%	11,4%	7,7%
	Retomar la presencialidad total	Recuento	4	0	4
		% dentro de Sexo	11,8%	,0%	5,1%
	Metodología mixta	Recuento	1	2	3
		% dentro de Sexo	2,9%	4,5%	3,8%
	Adecuación protocolos	Recuento	3	5	8
		% dentro de Sexo	8,8%	11,4%	10,3%
	Mejorar coordinación y comunicación	Recuento	3	4	7
		% dentro de Sexo	8,8%	9,1%	9,0%
	Incorporación tecnología a la atención	Recuento	1	4	5
		% dentro de Sexo	2,9%	9,1%	6,4%
	Ampliar ámbitos	Recuento	3	4	7
		% dentro de Sexo	8,8%	9,1%	9,0%
	Mantenimiento/ refuerzo programas	Recuento	8	5	13
		% dentro de Sexo	23,5%	11,4%	16,7%
	Aumento de atención	Recuento	6	0	6
		% dentro de Sexo	17,6%	,0%	7,7%
	Otros	Recuento	2	2	4
		% dentro de Sexo	5,9%	4,5%	5,1%
Total		Recuento	34	44	78
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia 15. Principales retos 1 * área de trabajo						
		área de trabajo				Total
		Estructura	Equipo Técnico	Equipo médico	Técnico de prevención	
Adaptación al teletrabajo	Recuento	0	0	2	0	2
	% dentro de área de trabajo	,0%	,0%	14,3%	,0%	2,2%
Brecha digital	Recuento	3	1	0	0	4
	% dentro de área de trabajo	8,8%	4,5%	,0%	,0%	4,4%
Aprendizaje con las TIC´S	Recuento	0	1	0	0	1
	% dentro de área de trabajo	,0%	4,5%	,0%	,0%	1,1%
Financiación	Recuento	3	1	0	4	8
	% dentro de área de trabajo	8,8%	4,5%	,0%	20,0%	8,9%
Mejoras tecnológicas	Recuento	5	4	2	4	15
	% dentro de área de trabajo	14,7%	18,2%	14,3%	20,0%	16,7%
Retomar la presencialidad total	Recuento	7	4	0	0	11
	% dentro de área de trabajo	20,6%	18,2%	,0%	,0%	12,2%
Adecuación protocolos	Recuento	2	1	8	0	11
	% dentro de área de trabajo	5,9%	4,5%	57,1%	,0%	12,2%
Mejorar coordinación y comunicación	Recuento	0	1	0	0	1
	% dentro de área de trabajo	,0%	4,5%	,0%	,0%	1,1%
Incorporación tecnología a la atención	Recuento	3	2	0	4	9
	% dentro de área de trabajo	8,8%	9,1%	,0%	20,0%	10,0%
Ampliar ámbitos	Recuento	1	2	2	8	13
	% dentro de área de trabajo	2,9%	9,1%	14,3%	40,0%	14,4%
Mantenimiento/ refuerzo programas	Recuento	6	3	0	0	9
	% dentro de área de trabajo	17,6%	13,6%	,0%	,0%	10,0%
Aumento de atención	Recuento	2	2	0	0	4
	% dentro de área de trabajo	5,9%	9,1%	,0%	,0%	4,4%
Otros	Recuento	2	0	0	0	2
	% dentro de área de trabajo	5,9%	,0%	,0%	,0%	2,2%
Total	Recuento	34	22	14	20	90
	% dentro de área de trabajo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%