JORNADAS DE DEBATE SOBRE LA DROGA

realizadas por

GRUPO PARLAMENTARIO COMUNISTA PCE - PSUC
FUNDACION DE INVESTIGACIONES MARXISTAS
UNION DE JUVENTUDES COMUNISTAS

MADRID
7 - 8 de febrero de 1981

CUADERNOS DE LA

FUNDACION de INVESTIGACIONES MARXISTAS
alameda,5 2ºizda. tel.4686654 madrid,14

Impreso en Casaló, A. G.
Sanz Raso, 5 - Madrid (18)

Depósito Legal: M. 40.950-1981

SUMARIO

COMISION ORGANIZADORA

José Sandoval	Presidente de la Fundación de Investigaciones Marxistas y Presidente de la Comisión de Cultura del C.C.
José María Riera	Diputado
Enrique Curiel	Secretario del Grupo Parlamentario.
José Palau	Secretario General de la Unión de Juventudes Comunistas
Luis Arroyo	Gabinete Técnico Grupo Parlamentario
Carlos González	Profesor de Derecho Penal
Santiago de Torres	Profesor de la Facultad de Medicina
Juan Casco	Médico. Comisión de Sanidad del PCE
Sergio García	Médico. Comisión de Sanidad del PCE
Enrique Rivas	Médico. Comisión de Sanidad del PCE

ESPECIALISTAS INVITADOS

Luigi Cancrini	Psiquiatra, Ministro de Sanidad de la Región del Lacio, del Partido Comunista Italiano
Francisco Muñoz Conde	Catedrático de Derecho Penal
José Valls	Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Córdoba
Federico Alvarez	Escritor
José A. Martín Pallín	Fiscal de la Audiencia Territorial de Madrid
Juan Terradillos	Profesor de Derecho Penal. Universidad de Madrid

PRESENTACION

El Grupo Parlamentario Comunista y la Fundación de Investigaciones Marxistas, en colaboración con la Unión de Juventudes Comunistas de España. organizaron las Jornadas de Estudio sobre la drogodependencia, cuyos materiales aquí presentamos.

Fue la intención reunir a cuantos expertos conocedores y preocupados por tan complejo fenómeno social militan en el Partido Comunista o simpatizan con él.

Y el resultado ha sido un conjunto de conclusiones y propuestas de necesaria discusión en todo el Partido. Los participantes no hemos pretendido sentar cátedra; sí, sin embargo, sistematizar ideas para facilitar la aproximación al difícil pero imprescindible posicionamiento del Partido en relación a las drogas.

Hemos partido del principio de que la necesaria prudencia ante un tema difícil, no puede llevar a autoincapacitarnos, a abstenernos de intervenir en algo que tantos apasionamientos y manipulaciones sufre. Si así hiciéramos, estaríamos renunciando a nuestra condición eurocomunista de dar respuesta a los nuevos fenómenos que plantean la complejidad de las sociedades capitalistas desarrolladas y su acentuación con la crisis.

Así, pues, es deber de los comunistas contribuir a abrir un debate, desde una perspectiva de progreso, de izquierda, en la sociedad española. A ello obedece la principal conclusión, en términos de iniciativa política, de las jornadas: elaborar, en base a estos materiales, un dossier que informe una proposición no de ley *a presentar por el G.P.C. en el Congreso de los Diputados.*

CONCLUSIONES

1. Proponer la Constitución de una Comisión Parlamentaria con la función de:

1.1. Elaboración y posterior realización de un estudio epidemiológico en la población española, con la finalidad de conocer el ámbito real del problema, su distribución por edades, sexos, zonas geográficas, clases sociales, etc.

1.2. Seguimiento y control de todas aquellas normativas relacionadas con el tema, ya sean de ámbito terapéutico como preventivo. Asimismo el seguimiento de la Comisión Interministerial que fue creada hace años, específicamente para abordar esta cuestión.

2. Tratamiento

2.1. Se reconoce la ineficacia de los centros psiquiátricos clásicos, para tratar las toxicomanías, tal como se constata en numerosos ejemplos existentes en otros países así como en la corta experiencia que se posee en el nuestro.

2.2. Se constata un incremento de toxicómanos que han alcanzado tal patología sin poseer previamente patología psiquiátrica.

2.3. Se reconoce el derecho de todo toxicómano para realizar un tratamiento de desintoxicación y deshabituación, que sea gratuito y mantenga el anonimato.

2.4. Se urge la creación de Redes de Tratamiento, en las que se contemple desde ambulatorios, centros de desintoxicación en hospitales generales, hasta comunidades terapéuticas rurales, talleres ocupacionales, etc.

2.5. Es urgente realizar una real coordinación de todas las instituciones públicas que en la actualidad poseen competencias en este campo, como son las Administraciones locales, Diputaciones, Cruz Roja, etc.

2.6. Se considera fundamental que el INSALUD reconozca la Toxicomanía, tanto las consecuentes a drogas legales como a las ilegales, como una patología, y asuma el tratamiento y los costes que de él se derivan.

3. Prevención

3.1. Se considera que la mejor prevención para reducir el consumo de drogas ha de orientarse a la educación de una actitudes y valores radicalmente diferentes a los actuales, potenciando el contacto con la naturaleza, la práctica del deporte, revalorizando el concepto de solidaridad, de amistad, etc. En este sentido creemos que es fundamental la potenciación por parte de los organismos competentes de la creación de centros de jóvenes, campos para practicar el deporte, colonias de vacaciones, y en definitiva todo aquello que sirva como medio para impulsar estímulos nuevos de vida.

3.2. Educación

3.2.1. Ha de introducirse la materia de las Toxicomanías en los planes de estudio de E.G.B., B.U.P. y F.P., se considera que han de ser los propios maestros y profesores quienes aborden estas cuestiones en la escuela, y no personal especializado, ajeno al centro, que lo único que consigue es despertar una innecesaria expectación.

3.2.2. Es urgente que se introduzca en los planes de estudio de las escuelas de profesorado de E.G.B., en las facultades de Medicina, Psicología y Pedagogía, así como en las escuelas de Asistentes Sociales, y en general en todos aquellos centros docentes que forman profesionales que directa o indirectamente deben afrontar el problema.

3.2.3. Han de realizarse cursillos o seminarios de reciclaje para todos aquellos profesionales que en su práctica tienen contacto con el tema de las drogodependencias, y que no han recibido la preparación adecuada para afrontarlo convenientemente.

3.3. Información

3.3.1. Es preciso tender hacia la supresión de toda publicidad de alcohol y tabaco, al mismo tiempo ha de denunciarse la orientación ideológica que manifiesta este tipo de publicidad, donde se resaltan elementos machistas, consumistas, violentos, etc.

3.3.2. Se ha de ofrecer una información objetiva y real a través de los medios de comunicación de la problemática de las toxicomanías, en donde se contemplen tanto las producidas por drogas legales como ilegales. Esta información no ha de ofrecerse mediante campañas idénticas para todo el país, sino que deben orientarse específicamente hacia colectividades concretas.

3.3.3. Ha de ofrecerse un servicio de información para la población consumidora, en nuestro país fundamentalmente la dependiente al alcohol, de las posibilidades de tratamiento y asistencia existentes.

3.3.4. Ha de tenderse a la prohibición de consumir tabaco, alcohol y otras drogas a las personas con cargos públicos durante sus actuaciones públicas.

3.4. Control de venta de medicamentos

3.4.1. Prohibición de venta de medicamentos, en especial barbitúricos y sedantes, en establecimientos no regulados a tal efecto.

3.4.2. Introducir en la clasificación de fármacos tóxicos, a un conjunto amplio de analgésicos mayores, a los barbitúricos y a las anfetaminas y sus derivados, que hoy no están contenidos en la misma.

3.4.3. Crear un Indice Farmacológico, en el que siguiendo las recomendaciones de la O.M.S., se recojan las especialidades farmacéuticas básicas necesarias, con la finalidad de reducir el incremento del consumo de fármacos, así como el fenómeno tan extendido de la automedicación que tantas toxicomanías provoca.

4. Medidas legales

4.1. Reorientar la función del médico de empresa, que ha de tener como función prioritaria la de preservar la salud de los trabajadores, en este sentido debe jugar un papel fundamental en la prevención del alcoholismo.

4.2. Exigir la supresión de la norma del Estatuto de los Trabajadores que permite el despido del trabajador alcohólico o toxicómano.

4.3. Exigir la supresión del «alcoholismo o toxicomanía» como posibilidad de declarar la separación matrimonial, tal como consta en el Proyecto de Ley de Divorcio del Gobierno en su artículo 82.

4.4. Proponer la despenalización de los derivados del Cannabis, por entender que ni la peligrosidad de la sustancia ni los argumentos más comúnmente utilizados en su contra justifican su actual «status» legal.

Creemos que tarde o temprano debería legalizarse la producción y distribución, debiendo ser el Estado quien se ocupe en régimen de monopolio de la distribución de la sustancia.

5. Lucha internacional

Dadas las características de intercambio comercial y económico entre los diferentes países del mundo, hoy es imposible considerar que un país independientemente del resto será capaz de establecer los mecanismos adecuados para conseguir una real disminución del consumo de drogas entre su población. Las innumerables influencias de tipo económico y político que afectan la cuestión, nos hace considerar como fundamental la colaboración entre los diferentes países en vistas a ejercer un verdadero control sobre la producción, distribución y venta de las diferentes sustancias utilizadas como drogas.

PONENCIA N.º 1

INFORME ACERCA DE LAS DROGAS Y SU EPIDEMIOLOGIA EN ESPAÑA

Coordinador: Santiago de Torres

CONCEPTOS BASICOS DE DEPENDENCIA DE DROGAS
ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO

El término «droga» es fruto de una mala traducción del inglés «drug» que quiere decir fármaco o medicamento. En este documento entendemos como droga «todos aquellos agentes capaces de alterar el comportamiento y que, independientemente de que tengan o no utilidad terapéutica, son objeto de abuso bajo un punto de vista farmacológico y médico» (1).

La utilización no médica de las drogas ha sido una constante histórica desde la existencia de la humanidad. Cada civilización ha dispuesto siempre de determinadas drogas cuyo uso y abuso, habitual o esporádico, ha estado socialmente admitido e incluso a veces exaltado como un aspecto enriquecedor y beneficioso. Los ejemplos son muy numerosos: fumar opio era normal en las antiguas civilizaciones orientales; en los países islámicos está totalmente prohibido ingerir bebidas alcohólicas mientras que, en muchos casos, los derivados del cáñamo pueden ser libremente consumidos; la coca sigue siendo utilizada en muchas regiones andinas; nuestra sociedad occidental acepta el uso de alcohol, del tabaco y del café o té. Esta última tríada, socialmente aceptada y sin ninguna traba de tipo legal para su elaboración y venta, es la más importante epidemiológicamente en nuestra sociedad, ya que es la que acarrea un mayor número de problemas sociales derivados de sus efectos indeseables a corto y largo plazo. Pero, en la actualidad, es un grupo mucho más amplio de drogas el que constituye el espectro contemnporáneo, si bien su trascendencia epidemiológica varía enormemente según el tipo de droga que se trate, así como del país en que se consuma.

En la actualidad se utilizan desde productos alucinógenos, como la mescalina. el LSD, la marihuana, algunos de ellos tan antiguos como la historia de la humanidad y que por ahora no han encontrado ningún lugar en la terapéutica, hasta preparados con un lugar muy definido en la terapeútica medicamentosa (derivados del opio, anfetaminas) y que por sus propiedades sobre el comportamiento, entre otros motivos, son también objeto de dependencia. No obstante, éstos no son ni mucho menos todos los productos de estudio en el campo del uso y abuso de drogas. Diversos fenómenos han contribuido de una forma decidida a la incorporación de nuevas formas de uso habitual de drogas. En este sentido, el elevado número de es-

pecialidades farmaceúticas existentes en nuestro mercado, consecuencia de la enorme atomización del sector; la dudosa aceptabilidad de una parte importante de estas especialidades que, salvo honrosas excepciones, ofrecen los preparados sobre sus acciones, indicaciones, efectos indeseables y contraindicaciones; la deficiente formación del médico en nuestro país; la relativa facilidad con que se pueden obtener todo tipo de especialidades farmaceúticas, así como la creciente práctica de la automedicación han contribuido de una forma decidida a que el abuso de medicamentos sea un aspecto cuantitativo más del campo que tratamos aquí (2).

En nuestra sociedad se considera como perfectamente normal que una persona haga uso de alcohol, mientras que se define casi como delincuente a aquel que toma otro depresor de uso no legal.

Por este motivo es importante enunciar definiciones lo más objetivas posibles para poder caracterizar mejor cada droga.

Dependencia farmacológica

Se trata del mecanismo común que desarrollan cada una de las sustancias en cuestión. Basándonos en los informes que regularmente edita la Organización Mundial de la Salud sobre el tema, la «farmacodependencia» es un estado psicológico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco. La farmacopedencia se caracteriza por la modificación del comportamiento y por otras reacciones que suponen siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco de forma continuada y periódica, con el fin de experimentar sus efectos psicológicos y en ocasiones evitar el malestar producido por la privación o abstinencia. Una misma persona puede ser dependiente de uno o más fármacos.

A pesar de que tradicionalmente se distinguen dos formas de dependencia, las dos se consideran en la actualidad sin solución de continuidad. La dependencia psicológica es la que define el problema de la farmacodepen dencia: se trata de un fenómeno que describe el desarrollo de un impulso psicológico que conduce a la persona a tomar de una forma periódica o continuada el fármaco en cuestión; la dependencia psicológica puede ser estudiada experimentalmente a través de la autoadministración de fármacos, técnica basada en la existencia de mecanismos reforzadores de la conducta.

La dependencia física se define por un estado de adaptación del organismo, que se manifiesta por la aparición de grandes trastornos cuando se interrumpe la ingestión del fármaco. Estos trastornos, o Síndrome de abstinencia, se manifiestan en forma de un conjunto de signos y síntomas de naturaleza psicológica y física, característicos para cada tipo de fármaco. El grado del síndrome de abstinencia depende del tipo de fármaco (droga), de la dosis total diaria consumida, de la frecuencia de administración y de la duración de la dependencia. Es importante insistir que la mayoría de las manifestaciones físicas de la dependencia constituyen una problemática

resoluble desde un punto de vista sanitario, mientras que las manifestaciones psicológicas plantean una problemática de solución mucho más compleja. Paralelamente la «Tolerancia» es el fenómeno que se caracteriza por la necesidad progresiva de aumentar la dosis con la intención de mantener el efecto inicial. Aparte de la dependencia y la tolerancia, en el campo del abuso de drogas es importante considerar tanto las complicaciones toxiclógicas de la propia dependencia (accidentes, intoxicaciones agudas, y trastornos psiquiafricos crónicos) como también las complicaciones sociales y culturales que se derivan.

Desde un punto de vista farmacológico, puede considerarse la existencia de tres grupos diferentes de sustancias en el marco de las drogas. Un primer grupo son los **estimulantes del Sistema Nervioso Central** como la **Cocaína** (estimulante central de breve duración que sólo tiene interés terapeútico como anestésico local) y las **Anfetaminas** y sustancias químicamente relacionadas de gran interés por la cantidad de especialidades farmaceúticas existentes en el mercado. Estos estimulantes son productos de gran capacidad de desarrollar dependencia psicológica, aunque no manifiestan signos de abstinencia física en su supresión. Un segundo grupo incluye a los **depresores del Sistema Nervioso Central,** en este grupo cabe destacar al **Alcohol,** sustancia que si bien manifiesta al inicio de su ingesta un efecto euforizante es debido a la supresión de las inhibiciones, y si se prosigue ingiriéndolo se manifiestan claramente sus acciones depresoras; el síndrome de abstinencia que se desencadena después de la supresión brusca de alcohol es conocido por el nombre de «Delirium Tremens».

Aparte del alcohol cabe distinguir entre dos tipos de sustancias; en primer lugar el amplio apartado de medicamentos utilizados como **Hipnóticos, Sedantes y Tranquilizantes,** y en segundo lugar al grupo del **Opio y derivados** como la Morfina, la Heroína y la Codeína y los poderosos analgésicos semisentéticos relacionados con los opiáceos. Estos depresores del SNC se distinguen por su capacidad para desarrollar dependencia psicológica y física y cierto grado de tolerancia. De todos ellos, los opiáceos son los que desarrollan tolerancia con más rapidez y una de las formas de dependencia más importantes que se conocen. Un tercer grupo está constituido por las sustancias con **capacidad para modificar aspectos del comportamiento en especial la percepción.**

Aquí cabe destacar un depresor del SNC, el delta-9-tetrahidrocannabinol, que es el principal producto activo de la **Cannabis sativa** y de sus preparados (marihuana, hachis, grifa, kif) y un grupo de productos con características estimulantes del SNC que tienen de particular su capacidad para producir alucinaciones **(LSD, mescalina, psilocibina).** Este tercer grupo tiene un interés toxicológico por los efectos psicológicos característicos que producen; son sustancias que pueden desarrollar un grado más o menos relevante de tolerancia aunque de su uso continuado no se deriven signos de dependencia física (3).

1. Datos del consumo de tabaco (4)

El consumo de cigarrillos por habitante adulto ha sufrido un fuerte incremento en las últimas décadas, actualmente se consume en España 2,5 Kg. de tabaco por habitante adulto y año, lo que está por encima de la media mundial (1,15 Kg.) e incluso de la de los países desarrollados (2,02 Kg.)

Consumo de cigarrillos en España (en millones de unidades)

Años	Cigarrillos negros	Cigarrillos rubios	Total de cigarrillos	N.º de cigarrillos por habitante/año
1973	51.084	5.538	56.622	1.619
1977	55.101	11.708	66.809	1.822
1978	52.264	11.223	63.487	1.711
1979	55.474	15.014	70.488	1.877

Fuente: Datos de Tabacalera y del Instituto Nacional de Estadística.

El consumo de cigarrillos per cápita en España es de 1.877 unidades al año.

El número de cigarrillos por año que consume por término medio cada fumador español alcanza la cifra de casi 5.900 (16 diarios). Según datos de **Actualidad Tabaquera»**, doce millones de españoles fuman habitualmente (32% de la población). El 45% de los mayores de 16 años son fumadores; de ellos el 76% son varones y el 24% mujeres.

En cuanto al tipo de tabaco que más se fuma, los consumidores españoles siguen la misma evolución que se observa en otros países desarrollados: preferencia del cigarrillo sobre el cigarro y la pipa; dentro de los cigarrillos fuerte aumento del consumo de cigarrillo rubio y tendencia al estancamiento del tabaco negro.

En Barcelona el consumo de cigarrillos en 1979 fue de 8.800 millones de unidades. El valor total del dinero empleado en 1979 por los barceloneses en comprar tabaco fue de 14.000 millones de pesetas. Hubo un consumo medio de 2.200 cigarrillos por habitante, superior al promedio nacional de dicho año.

En estudio realizado por el Departamento de Farmacología de la Universidad Autónoma de Barcelona sobre pautas de consumo, se puede apreciar que el consmo de tabaco entre los estudiantes de medicina de siete universidades españolas es superior a la media del consumo nacional, y en relación con el incremento experímentado, estudios comparativos entre el año 1974 y 1978, demuestran un aumento en el porcentaje de alumnos fumadores.

Consumo de tabaco entre los estudiantes de Medicina de la U.A.B.

	N.º de cigarrillos/año por persona		Porcentajes de fumadores del total de los estudiantes	
	1974	1978	1974	1978
Chicos.....	2.593	2.868	50%	69%
Chicas.....	1.809	2.652	54%	71%

2. Datos del consumo de alcohol (5)

Es importante resaltar la existencia de confusión en relación con los conceptos de alcohólico y «borracho» (intoxicado etílico).

Alcohólica es aquella persona que ingiere de forma continuada y progresiva una cantidad de alcohol superior a la que su organismo puede soportar, en ocasiones puedes encontrar a alcohólicos que no se han emborrachado jamás.

Todas las cifras se refieren a la población total. Si sabemos que casi 1/3 de enfermos alcohólicos son mujeres, y que la pandemia alcohólica afecta fundamentalmente a adultos y jóvenes de la población activa (11.816.000) en 1960, la cifra sanitaria de alcohólicos y alcohólicas se eleva a un porcentaje de un 18%-20% en referencia a la población activa, pero evidentemente con variaciones regionales, comarcales y de nacionalidad importantes.

Un estudio puntual hecho en Cataluña, en una comarca industrializada periférica de Barcelona, sobre una población activa de 40.000 cartillas de la S.S., observó un porcentaje de alcohólicos de un 20%.

Por otra parte, SANTO-DOMINGO y las publicaciones del P.A.N.A.P. aportaron datos que indican variaciones regionales y de nacionalidades significativas, de un aumento de patología alcohólica en el sentido de aumentar en el Norte de la península y disminuir hacia el Sur.

La incidencia y prevalencia de la enfermedad alcohólica puede evaluarse por:

1.º Cantidad de alcohol absoluto consumido por habitante y año.
1951: 11,01 litros p. c. 1971: 13,2 litros p.c.
En 1969 calculando la cantidad por población activa, corresponderían a 22 litros p.c. El consumo de alcohol absoluto era de 435.116.000 litros/aprox.

2.º Número de cirrosis hepáticas de origen alcohólico. Con identificación por punción biópsica hepática, y siguiendo los datos de la O.M.S. permite calcular la posición de España entre el 3.º y 4.º lugar entre los países europeos, y un 6.º-7.º lugar a escala mundial.

3.º Cifras de ingresos en Centros de Urgencias Psiquiátricas que oscilan entre 40/50% de alcoholismos y en el Centro de Enfermos crónicos psiquiátricos que oscilan entre 19-28% de «residuales» alcohólicos.

Las cifras de consumo, a partir de 1966, indican un valor de producción de 6.503 millones de pesetas, llegándose en 1972 a los 11.191 millones.

La producción de destilados ha aumentado de 182,9 millones de litros (1966) a 232,4 millones de litros.

Las estadísticas de la F.A.O. indican un aumento de consumo 1964-66 por habitante y año 77,7 litros; en 1970 el consumo fue de 79,9 litros; la previsión de consumo para este año en curso, 1980, es de 81 litros por hab./año.

Consecuencias del consumo de alcohol

Causas de muerte. Número absoluto/año

	1966	1971
1. Enfermedades cardiovasculares ...	74.977	100.655
2. Cáncer	41.831	46.575
3. Pneumonías	10.906	13.220
4. Bronquitis	7.079	12.966
5. Alcohol	6.000	8.000
6. Cirrosis hepática	6.155	7.747
7. Accidentes tráfico	3.672	4.764
8. Accidentes de trabajo	1.007	2.000

Por otra parte, un 35% de accidentes de circulación se atribuyen al alcohol. Más de un 15% de los accidentes de trabajo, tienen también una relación con el alcohol.

Falta por contabilizar las muertes por «delirium», que en 1975 se estimaban en 2.200.

Hipótesis de coste de la enfermedad alcohólica, realizado por la Dirección General de Sanidad.

Para un 10% de la población activa alcohólica se calcula:

Hospitalización psiquiátrica (1 año) ...	2.000 casos
Cirrosis alcohólicas	12.000 »
Accidentes de tráfico	36.000 » heridos
Accidentes de trabajo	150.000 »
Evaluación del coste directo	2.000 millones pts. (1976)

Tenemos que añadir a esta lista de absentismo la pérdida del puesto de trabajo (hemos de recordar que en el Estatuto del Trabajador se contempla el alcoholismo como causa de despido), consecuencias post-traumáticas. Un 5% al menos tienen una incapacidad laboral de más de 1 año.

Recientemente la revista **«Cisneros»** ha publicado un informe sobre el alcoholismo en el que se ofrecen una serie de curiosas comparaciones:

a) En los 500 metros cuadrados que ocupan la Glorieta de Atocha y la Plaza de Antón Martín, en Madrid, hay más establecimientos de bebidas que en todo Noruega junto, país con una extensión de 390.000 kilómetros cuadrados.

b) En Madrid hay 31 bibliotecas y 15.500 establecimientos donde se expenden bebidas alcohólicas.

c) En Huesca, los oscenses disponen de centenar y medio de establecimientos que sirven bebidas alcohólicas por cada biblioteca existente, y el índice de frecuentación —media— por local de consumo de bebidas es de 300 personas.

3. Datos del consumo ilegal de drogas (6)

Resulta extraordinariamente difícil plantear con cierta precisión, una visión epidemiológica de lo que representa el consumo, el abuso y las consecuencias sociales y sanitarias de la dependencia de drogas ilegales en nuestro medio. Existen signos indirectos que hacen pensar que se trata de un problema en evolución creciente, tal como se ha vivido en muchos países de Europa y en los Estados Unidos de Norteamérica. En ningún caso es posible plantear con rigurosidad cifras de frecuencia, incidencia entre la población de nuestro medio. No existen datos fiables, ni se ha realizado ningún estudio controlado y suficientemente amplio para sacar conclusiones.

a) Las drogas entre la juventud: Se trata del sector más implicado, no toda la juventud queda afectada de la misma forma, por el contrario son determinantes los condicionamientos sociales y geográficos. Parece que el consumo de drogas es especialmente elevado en barrios y suburbios de las grandes ciudades industriales.

Para generalizar, vale la pena comentar el estudio elaborado por el CIDUR y patrocinado por el Ministerio de Cultura sobre el consumo de drogas entre una muestra de **1.596 jóvenes de los dos sexos, del conjunto del Estado español; jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y los 24 años. Se postula que el 34,6% de los encuestados afirman haber probado droga ilegal en alguna ocasión (principalmente derivados del Cánnabis), de estos el 4,9% afirmaron haber iniciado el consumo entre los 12 y los 20 años, se afirma que un 9,6% de los jóvenes encuestados estaría dispuesto a tomar, cifra que resulta de un 14,6% de los encuestados del área de Barcelona.**

Es importante destacar que entre los 551 toxicómanos asistidos en el Ambulatorio Piloto del Centro Asistencial de Drogas de la Cruz Roja Española (Madrid), la moda de edad se sitúa en el caso de los varones a los

19 años, y en el de las hembras entre los 19 y los 21 años; asimismo que en el caso del porcentaje por edades se observa que sólo 6 toxicómanos de los que consumen drogas ilegales superan los 22 años.

b) En el medio universitario: En estudios realizados por el Departamento de Farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona sobre el consumo de drogas en el medio universitario, resultaba en una primera encuesta realizada en el año 1974 entre los estudiantes de las dos facultades de medicina de Barcelona, que el uso regular de Cánnabis no llegaba al 4% de la muestra, lo que representaba una cifra inferior a la detectada en otras instituciones universitarias similares del mundo. Un estudio multicéntrico realizado en el año 1978 detectó un incremento muy notable del uso de derivados del Cánnabis, lo había probado el 20% de la muestra.

c) Las estimaciones oficiales: hace referencia a las cifras que periódicamente comunica la «Brigada Central de Estupefacientes» y las relativas a la memoria anual del Fiscal general del Estado. Tienen únicamente un interés indicativo. La evolución de las cifras del total de detenidos por tráfico y tenencia a nivel de todo el Estado se caracteriza por el hecho de indicar un notable incremento a lo largo de los tres últimos años. De 601 detenidos en el año 1969, se pasó a 2.732 en 1974 y a un total de 9.041 el pasado 1979, de estos 1.026 lo fueron en Barcelona. En relación al tipo y cantidad de sustancias decomisadas destacan los derivados del Cánnabis, en 1969 decmisaron 905 kg., en 1974 un total de 6.003 Kg., y el pasado 1979 la cantidad total decomisada supera las 20 toneladas.

d) La asistencia sanitaria: en este apartado se valora la demanda de asistencia por el individuo dependiente.

Hospital Clínico y Provincial de Barcelona; en 1974 se realizaron 9 ingresos por dependencias no alcohólicas, en 1976 se ingresaron 29 y en 1978 un total de 95.

Instituto Municipal de Psiquiatría de Urgencias de Barcelona; en 1976 ingresaron 18 pacientes por problemas de dependencias no alcohólicas, en 1978 ingresaron 32 pacientes, y en 1979 tuvo que cerrarse el Servicio por falta de infraestructura.

Ambulatorio Piloto del Centro Asistencial de Drogas de la Cruz Roja Española (Madrid), desde el 21 de abril de 1979 hasta septiembre de 1980, número de toxicómanos asistidos, 551.

REFERENCIAS

(1) J. Camí i Morell: «Dependencia de drogas». MEDICINE, n.º 36, diciembre 1977.
(2) J. Camí i Morell: «Dependencia de drogas». MEDICINE, n.º 36, diciembre 1977.
(3) Jordi Camí y Santiago de Torres: «El consum il.legal de drogues». Ponencia XI Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana. Reus 1980.
(4) Ramón Mendoza: «El tabaco como droga contaminante: epidemiología del tabaquismo en nuestro país». Ponencia al XI C.M. i B. de Ll.C. Reus 1980.
(5) Francesc Freixa: «L'alcoholisme». Ponencia al XI C.M. i B. de Ll.C. Reus 1980.
(6) Jordi Camí y Santiago de Torres: «El consum il.legal de drogues». Ponencia XI Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana. Reus 1980.

PONENCIA N.º 2

ASPECTOS MEDICO-SANITARIOS DEL CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA

Por: Juan Casco Solís
Enrique Sáinz Corton
Enrique Rivas Padilla
Sergio García Reyes

BREVE RESEÑA DE LA EVOLUCION DEL CONSUMO DE DROGAS DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO SANITARIO

Todo problema sanitario presenta dos términos: el conocimiento cuantitativo y cualitativo de los casos que se dan y los recursos sanitarios con que contamos para abordarlo. De la congruencia de ambos factores se deducirá una práctica eficaz, la posible resolución del problema y unas directrices de acción. En el problema sanitario de las drogodependencias se dan las características de un desfase entre la evolución del planteamiento actual del problema y el desarrollo y actualización de los recursos sanitarios y asistenciales de que disponemos.

En nuestro país la problemática del consumo de drogas ha evolucionado a lo largo de tres fases, en estas últimas décadas, que de una forma un tanto esquemática podemos considerar del modo siguiente:

1.° Alrededor de la década de los cincuenta el panorama de la toxicomanía se centraba en un grado de alcoholización relativo y estable con una frecuencia de ingresos por alcoholismo en hospitales psiquiátricos y casos de delirium tremens constantes. El consumo de alcohol en España se situaba en 9,7 litros de alcohol puro por habitante y año, situándonos inmediatamente después de Francia o Italia. La pauta fundamental de bebida era el vino y casi el 60% de los alcohólicos no ingerían más que esta bebida. La actuación médica quedaba reducida a la atención de los casos que de una forma u otra requerían internamiento psiquiátrico. El tratamiento era inespecífico y consistía en el apartamiento de la droga por aislamiento del paciente en un centro psiquiátrico cerrado, y consecuente abordaje sintomático de las consecuencias orgánicas que el alcohólico presentaba.

Los opiáceos permanecían limitados a un sector de población escaso, generalmente sectores, que de una manera u otra, estaban en contacto y tenían facilidades para adquirirlos (profesionales sanitarios), o a partir de prácticas médicas en el uso terapéutico de estupefacientes que secundariamente producían hábito en el enfermo tratado. Existía un Control de Estupefacientes con cantidades de carnets para obtención de dosis mínima y es-

table. La posibilidad de disponer de amfetaminas y barbitúricos, por indicación médica, para paliar sensaciones de tensión y ansiedad y su fácil obtención en la farmacia, era privativo de un núcleo también pequeño y no presionaba hacia ninguna actividad antisocial.

Desde un punto de vista sanitario no representaba ningún problema y el porcentaje de ingresos en centros psiquiátricos en Madrid, de este tipo de pacientes, hacia el final de la década no representaba apenas el 0,60% del total.

El consumo de los derivados del cannabis y sus derivados, estaba reducido a algunos individuos de las tropas coloniales en Africa pertenecientes a los sectores sociales más marginados. Nunca era motivo de asistencia sanitaria y únicamente constaba como dato en sus antecedentes cuando surgía un ingreso motivado por alcoholismo, trastornos de conducta u otro cuadro psicopatológico.

2.° Insensiblemente y en relación a los grandes cambios sociales surgidos en nuestro país al final de la década de los cincuenta y la siguiente, con sus movimientos migratorios, el cambio de valores y pautas de la sociedad, los grandes fenómenos de culturización, etc., etc., se van modificando las pautas en el consumo de drogas.

La pauta alcohólica se modifica. El alcohol se consume como una auténtica droga, buscando su efecto farmacológico de modificación del estado de ánimo. Así mismo, cambia el tipo de bebida: buscando licores de alta graduación y descendiendo el porcentaje de alcohólicos solo de vino a algo menos del 30%. La tendencia a mezclar alcohol con otras drogas (barbitúricos, cannabis, etc.) llega a ser práctica habitual en cerca del 10% de los alcohólicos.

En esta época representa el alcoholismo casi el 50% de los diagnósticos en centro de agudos, y, en el total de las camas psiquiátricas, aproximadamente el 30% de los ingresos nuevos de hombres y el 29% de los reingresos corresponden al alcoholismo. Las cifras de mujeres alcohólicas, hacia 1969, no alcanzan todavía más que el 6% y el 4% respectivamente (datos tomados de las ponencias del XVIII C. I. de Alcoholismo y toxicomanías, Sevilla, 1972).

Los recursos sanitarios siguen siendo preferentemente los centros psiquiátricos clásicos con internamiento, en especial por el aumento de las complicaciones psiquiátricas del alcohol: episodios confuso-oníricos, reacciones paranoicas, etc. Surge, ante la magnitud del problema, que gravita de forma agobiante sobre la asistencia psiquiátrica en las instituciones, la creación de dispensarios anti-alcohólicos y otros recursos más especializados, así como gran cantidad de investigaciones y publicaciones sobre el tema que traducen el interés por abordar el grave problema planteado por la toxicomanía alcohólica.

Surge en esta época una nueva toxicomanía (derivados del cannabis: marihuana, hachis, alucinógenos, LSD, etc.), ligada a personas jóvenes

(media de edad 22 años) de familias cultural y económicamente en un nivel relativamente alto y confortable. Se caracteriza por una forma y estilo que le son propios. Surge ligada a posturas más o menos intelectuales, a actitudes de contestación y movimientos contra-culturales que expresan un rechazo consciente y voluntario de los valores de esta sociedad y la búsqueda de nuevas experiencias en relación con uno mismo y con los demás.

Aparte de algunos accidentes producidos por la toma de estas drogas, llegaban a los centros psiquiátricos con una problemática más compleja: rupturas con las pautas familiares, conductas fuera de la norma establecida, etc. No se consideraban enfermos por el hecho de tomar este tipo de droga. No deseaban ningún tipo de rehabilitación social que les reintegrara en la sociedad de la que voluntariamente se habían separado. No presentaban dependencia física que precisara una acción terapéutica. La actuación médica frente a este tipo de consumidores de drogas era prácticamente imposible y, durante mucho tiempo, el pretender tratar un fenómeno social y cultural sin apenas repercusiones sanitarias inmediatas, como un proceso médico, ha enmascarado y oscurecido la problemática de la drogadicción. Es un problema que rebasa a la psiquiatría y hoy día no se considera objeto de tratamiento a ninguna persona por el hecho de consumir sustancias que no tienen una clara repercusión negativa en la salud.

Al amparo del gran equívoco se han ido generalizando otras sustancias como los opiáceos, barbitúricos, amfetaminas, etc., que, ligadas a posturas más gregarias ante la vida, pasividad social, incremento de la fiebre de consumo, búsqueda mimética e inmediata de experiencias placenteras, etc., tienen repercusiones de índole médica bien directamente por su uso o por los trastornos que provoca su brusca interrupción en el organismo. Aunque en su origen las personas que las consumen ni se consideran enfermos, ni a esta práctica como una enfermedad.

3.° En la etapa actual nos encontramos: el alcoholismo sigue siendo la primera toxicomanía con las características de pautas de bebida antes mencionadas. Su legalidad, el ambiente de «presión alcohólica de la sociedad» y la incitación al consumo a través de la publicidad, desempeñan un importante papel en la iniciación del aprendizaje de la conducta alcohólica. La casi total falta de medidas restrictivas o preventivas agravan el problema. El inicio del hábito alcohólico se sitúa entre los 15 y los 20 años, mientras que la edad de tratamiento por intolerancia de la conducta derivada de su hábito y consecuente internamiento, está en la media de 46 años para los centros psiquiátricos y 41 para los tratamientos ambulatorios en dispensarios. Esta gran tolerancia social para el consumo del alcohol hace que el alcohólico sea tratado muchos años después de su adicción, cuando aparecen los estigmas físicos de la droga o los graves conflictos relacionales, conyugales o laborales. Su peculiar problemática no va a ser abordada aquí.

Los movimientos contraculturales ligados al uso de algunas drogas han desaparecido, neutralizados y asimilados por la sociedad. El uso del cannabis

se ha extendido y generalizado a amplias capas de la población: jóvenes y adultos de la burguesía y el proletariado. Su tratamiento ha perdido sentido, salvo en casos especiales unidos a otros trastornos psicopatológicos o a algún esporádico accidente en su uso. No constituye un problema médico-sanitario.

La irrupción masiva del consumo de drogas derivadas de los opiáceos, las amfetaminas, cocaína y toda una serie de sustancias farmacológicas (hipnóticos, analgésicos, etc.), y en especial el uso combinado de varias de ellas, que producen importantes toxicomanías con dependencia física y psíquica.

En este último campo el conocimiento y recogida de datos está seriamente dificultado. Las cifras reales están enmascaradas por aspectos legales o por rechazo del personal de los centros hospitalarios a inmiscuirse en estos problemas. Por ejemplo: en el servicio de Urgencias de un hospital general donde existe servicio de psiquiatría, apenas figuraba ninguna persona atendida en él con el diagnóstico de toxicomanía. Si ingresaba por lesión o enfermedad no se hacía constar nunca su toxicomanía, aunque a lo largo del tratamiento se hubieran presentado síntomas de abstinencia y requerido al servicio de psiquiatría para tratamiento de desintoxicación del paciente. Si el paciente ingresaba en la urgencia por cuadros directamente derivados de su drogadicción, era orientado o trasladado al servicio de psiquiatría, poniendo el diagnóstico de «intoxicación medicamentosa» para evitar acciones legales enojosas y declaraciones judiciales.

Los datos fragmentarios e incompletos de que disponemos, provienen de los centros sanitarios heterogéneos donde se presta asistencia a este tipo de pacientes.

Los tratamientos con metadona.
Sustitución de una toxicomanía por otra

A lo largo de las investigaciones conducentes a encontrar fármacos capaces de resolver el problema del dolor, sustituyendo a la morfina y las consecuencias negativas de todo tipo que su uso comporta, se anunció en la prensa de todo el mundo, hacia 1950, el descubrimiento de una sustancia —perteneciente a la serie de las bases 3,3-difenilpropilaminas— bautizada por los americanos con el nombre de Metadona y presentada como la panacea frente a las drogas.

Sus aplicaciones: calmar el dolor y las curas de desmorfinización. La administración del producto suprime los síntomas de la abstinencia morfínica. Anunciada como un producto inocuo, pronto se comprobó que producía una toxicomanía de parecidas características a la droga que trataba de suplantar, si bien los síntomas de abstinencia tardan más tiempo en presentarse y son menos agudos y dolorosos. De aquí la razón de su empleo. Esta droga es activa por vía oral.

La cura consiste en síntesis: ir sustituyendo la dosis de heroína por dosis de Metadona, disminuyendo aquélla y aumentando ésta, sin conocimiento directo del adicto de la dosis que está recibiendo. Las dosis se dan por la boca.

La Metadona evita los síntomas de abstinencia de los opiáceos y a los pocos días se pueden suprimir éstos, quedando el toxicómano fijado a su nuevo hábito.

En Madrid funcionaba un centro en el Hospital Clínico, orientado a este tipo de tratamientos, cuya noticia de su cierre apareció hace poco en la prensa.

La administración de Metadona era la primera etapa de un teórico programa de deshabituación. De esta primera fase se pasaba a una segunda, con otras sustancias como la «ciclazocina». Esta es una droga antagónica de los estupefacientes, que actúa por el «efecto de bloqueo», inutilizando su acción. Con una única dosis diaria, de escasos efectos aditivos, se satisface ciertas necesidades del paciente y se suprimen algunos efectos de la heroína. Sin embargo, el paciente tiene que abandonar por completo la droga y dominar sus ansias de estupefacientes, ya que no se suprime el «hambre de droga».

Los datos aparecidos sobre el Centro a que nos referimos, eran que prácticamente todos los adictos permanecían en la primera fase, recibiendo sus dosis de Metadona diaria; siendo despreciable el porcentaje de ellos que se aventuraban a iniciar el segundo escalón de tratamiento. Unos doscientos toxicómanos acudían diariamente al centro, y los conflictos de todo tipo, incluidos asaltos y robos de dosis desbordaron la capacidad de control y obligaron a su cierre.

Otra modalidad en el enfoque de la toxicomanía, que entronca con los antiguos toxicómanos derivados de prácticas médicas, es la administración controlada de dosis de droga, prescritas para ser despachadas con intervalos de tiempo que, no alimentando la toxicomanía, eviten que el sujeto caiga en el estado de abstinencia y renuncie a los medios ilegales de proveerse. Se puede completar con controles analíticos que eviten engaños.

Dejando aparte el fracaso efectivo de alguno de estos centros, desde un punto de vista terapéutico carece de sentido cualquiera de estas dos prácticas. No tienen ningún fundamento sanitario, asistencial o curativo, y únicamente traduce la complicidad del sistema sanitario para mantener al toxicómano en los límites de la tolerancia social, sin las repercusiones delictivas y conflictivas que el consumo de la droga, en el marco de nuestra sociedad, produce.

Estas prácticas, que han alcanzado su mayor auge en la áreas donde el sistema capitalista está más sólidamente asentado, traduce la conciencia inmovilista y escéptica de aceptar el fenómeno de la droga como un mal menor de nuestro modelo social, y mantener a los toxicómanos en una reserva marginal, sin que perturben la paz de una sociedad que puede pres-

cindir de gran parte de sus componentes, porque no tiene nada que ofrecerles... excepto la droga. Actitud de una sociedad que fomenta la drogadicción, irresponsabilizándose de sus problemas y consecuencias.

LOS CENTROS ESPECIALIZADOS

Centro Asistencial de Drogas. Cruz Roja Española

Este centro fue creado en abril de 1979 y los datos aportados pertenecen a la memoria publicada en marzo de 1980, recogiendo un año de experiencia asistencial.

Finalidad: paliar, en lo posible, el problema planteado por las farmacodependencias actuales, por medio de prevención, tratamiento y rehabilitación.

El local está situado en la calle Fúcar, n.° 8 y pertenece al Ayuntamiento de Madrid.

El equipo lo componen cuatro psiquiatras, un médico internista, un psicólogo, dos A.T.S. y dos Asistentes Sociales.

La asistencia es gratuita, voluntaria y quedan excluidos del tratamiento el uso de opiáceos legales o no. El paciente se compromete a no aportar ni consumir droga en el centro.

Si existe dependencia física: desintoxicación en régimen de internamiento —de cinco a diez días— en seis camas contratadas al sector privado y dos en el sector público.

Después del internamiento, o en caso de no ser necesario, el paciente es tratado en régimen ambulatorio. Terapias individuales, de grupo o, si es necesario, farmacológicas encaminadas a su deshabituación.

En un año el número de casos tratados fue de 416 y el de curas de desintoxicación realizados de 195. La moda de edad fue de 22 años.

La toxicomanía más frecuente fue la de opiáceos, en un 38,7 por ciento de los pacientes tratados. Un 34,8% presentaban politoxicomanía y el 9% consumían únicamente anfetaminas.

La prevención se realizó por medio de intervenciones en la prensa, radio, televisión y mesas redondas. Se realizaron o están en vías de realización, trabajos de investigación.

La rehabilitación se canalizó a través del esfuerzo de las Asistentes Sociales para resolver los numerosos problemas que se plantean al toxicómano a nivel social.

Una valoración más detallada de los resultados, experiencias y perspectivas de esta clase de centros, será objeto de una COMUNICACION durante las jornadas sobre problemática de las drogas por alguno de los profesionales que trabajan en este Centro.

Unidad psiquiátrica de un hospital general

En las Clínicas Psiquiátricas de la Ciudad Sanitaria Provincial, que se puede definir como unidad psiquiátrica de un hospital general, funcionan tres espacios asistenciales: un servicio psiquiátrico cerrado, una sección abierta en régimen de comunidad terapéutica y un hospital de día. En conjunto son 180 camas más unos 40 enfermos en régimen de hospitalización de día. La poca disponibilidad de camas libres, hace a esta unidad poco apta para la atención de cuadros que requieren urgente internamiento, existiendo por ello una espontánea selección de enfermos que en general pueden esperar un tiempo a disponer de una de las camas.

En los once meses transcurridos de este último año, el porcentaje de ingresos en el conjunto de las clínicas por problemas de toxicomanía representaba el 8% de todos los diagnósticos reseñados en el momento del alta. En este mismo período los alcohólicos representaban el 12,2% de los pacientes ingresados. Si bien hacemos hincapié, nuevamente, en la dificultad en la atención en los casos agudos de alcoholismo que requieren inmediata hospitalización por los factores antes indicados, los porcentajes anteriormente abismales entre alcoholismo y otras toxicomanías tienden a aproximarse.

En 1979 el porcentaje de toxicómanos era el 4,8% del total de ingresos. Resulta sorprendente que en 1978, un años antes, el porcentaje fue del orden del 5,9%. Como no existe ningún dato objetivo para aceptar estas variaciones y todos los datos parecen avalar que el número de toxicómanos de las drogas llamadas duras va en aumento, las cifras del año 1978 hay que explicarlas en función de que por esas fechas se englobaba entre las toxicomanías el hecho fortuito habitual del uso del cannabis o sus derivados. El abandono por los psiquiatras del concepto de toxicomanía ligado al hecho de fumar «porros» y un mayor rigor a la hora de diagnosticar de toxicómano a un individuo, parece ser la causa de esa disminución del número de diagnósticos experimentado en 1979. Aplicando este criterio más restringido, en un año ha pasado del 4,8% al 8% de ingresos por consumo de drogas.

La media de edad se sitúa alrededor de los 23 años, siendo ligeramente mayor para los varones y menor para las hembras. Los varones de la muestra indicaban haberse iniciado desde hacía más tiempo en el hábito de las drogas (un promedio de 3-4 años para las drogas llamadas duras), mientras las pacientes femeninas presentaban una iniciación en el momento del tratamiento inferior a los 3 años. Los hombres, en general, tienden a mostrar una historia más larga de toxicomanía antes de recurrir, por múltiples motivos, a un centro psiquiátrico en busca de tratamiento.

La proporción de hombres y mujeres tratados en las clínicas psiquiátricas es del 63% y 37% respectivamente. Si bien el porcentaje muestra una clara preponderancia de los varones que acuden a tratamiento, la proporción no es tan llamativa a favor de estos últimos, como se da, por ejemplo, en la toxicomanía alcohólica. La presión social de la droga parece incidir por la edad y condiciones de sus consumidores de forma equitativa

sobre los dos sexos. Es frecuente la petición de tratamiento por parte de parejas o de enfermos tratados en los que consta que su pareja había sido tratada con anterioridad en alguna institución psiquiátrica.

La postura que en un principio adopta el futuro toxicómano frente a la droga, como una experiencia ligada a una forma de vida, a la afirmación de un modo de vivir, y no como una tendencia enfermiza, legitima el que la droga se consuma no sólo sintiéndose vinculado a un grupo, sino en el seno de la joven pareja que refuerza y afianza mutuamente su postura. La droga es algo que se comparte y que se engloba en los comportamientos que constituyen expresión de la forma de situarse ante una determinada realidad social. Un paciente expresaba «la heroína es un sustituto de algo. Te da estabilidad».

Cuando el equilibrio entre consumo, las posibilidades de obtención y la salud se rompen, la pareja, a partir de la iniciativa de alguno de los dos, se plantea recurrir al tratamiento como intento de restaurar el equilibrio perdido.

Del total de pacientes tratados en las clínicas, el 51% ingresó en el servicio de psiquiatría que funciona como unidad cerrada. El paciente, después de firmar la conformidad con ser tratado, pasa, tras su hospitalización, a un régimen de tratamiento forzoso no pudiendo interrumpirlo voluntariamente. La estancia media para estos pacientes es de 14-25 días. A lo largo de este tiempo la relación que establece el toxicómano con el conjunto de las medidas asistenciales que recibe es de acusada resistencia y rechazo. Un porcentaje valorable pide el alta voluntaria a los pocos días, que no se le suele conceder, expresa su equivocación y arrepentimiento de haber aceptado el ingreso, y un número proporcionalmente apreciable se fuga. Los restantes casos presentan alta por orden médica al desaparecer algunos de los síntomas físicos o psíquicos que el paciente exhibía a su ingreso. El tratamiento es exclusivamente farmacológico con unas ciertas pautas standarizadas en el tipo de dosis empleadas.

En los otros dos espacios asistenciales: hospital de día y sección en régimen de comunidad terapéutica, las estancias son más breves por término medio: 7,6 y 8,5 días respectivamente, exceptuando algún caso que, por razones que no son del momento reseñar, queda fijado a alguno de estos espacios institucionales en los que busca sustitutivos al desarraigo y la toxicomanía representa una parte de un conflicto más global.

Casi todos estos pacientes que acuden voluntariamente en petición de ayuda a sus problemas, no logran establecer ninguna vinculación con el colectivo ni con la institución. Se sienten distintos del resto de los enfermos psiquiátricos y los otros pacientes, en gran parte, manifiestan hacia ellos un gran distanciamiento y un juicio de valor, como si su enfermedad fuese «menos auténtica» o «voluntariamente provocada». La ambigüedad del toxicómano en la institución se hace patente en su relación con el personal sanitario. Este se muestra inseguro y desconcertado ante la actitud del toxicómano. El adicto se muestra hostil, arrogante, exigente y, muchas

veces, despreciativo hacia personas cuyo modelo de vida no comparte ni valora.

Por un lado busca ayuda ante el cúmulo de dificultades personales y sociales que la droga le acarrea, pero, la mayor parte de las veces, rechaza la forma en que se da esa ayuda, las prácticas médicas que se instauran en su tratamiento y, junto a una valoración positiva de la droga, las alternativas que se le presentan las vive como escasamente atrayentes.

En muchos casos el motivo para someterse a un tratamiento y dejar la droga es únicamente la imposibilidad de obtenerla. El equívoco se agudiza cuando la persona no se conceptúa enferma por disponer de una sustancia que puede proporcionarle efectos placenteros, relajantes, estimulantes, desinhibidores, o cualquier otro buscado, sino cuando se ve privado de ella o su consumo le acarrea secundariamente problemas insolubles. El equipo asistencial, por el contrario tiende a concebir el hecho de usar drogas como un hábito enfermizo en sí que trata de combatir.

En el 51,8% de los casos la droga que tomaban única o preferentemente en el momento de su ingreso era heroína en dosis de 0,25 a 1,50 gramos diarios en forma casi exclusiva de inyección intravenosa. En los antecedentes de muchos de estos enfermos aparece el uso de otras drogas (amfetaminas, pentazocina, etc.) y otras vías de administración (snifado).

Un 29% presentaba una politoxicomanía en la que, en ocasiones, volvía a figurar la heroína junto a cocaína, morfina, amfetaminas, optalidón, ácido y analgésicos tomados en distintas combinaciones y dosis.

La toma exclusiva de amfetaminas era el motivo de ingreso del 18% restante. En este grupo deminaban, como causa de hospitalización, síntomas psíquicos vividos con una cierta conciencia de enfermedad: inquietud, insomnio, anorexia, alucinaciones auditivas, delirio de referencia, estados depresivos, sensación de malestar general, etc. La duración de su estancia, en los límites antes reseñados, terminaba cuando habían desaparecido algunos de los síntomas presentados a su ingreso. En las historias clínicas figura el epígrafe de «mejorado» haciendo relación a la sintomatología y no a su hábito de tomar amfetaminas.

Los grupos de heroinómanos y politoxicómanos ingresan en un alto porcentaje de forma voluntaria. La voluntariedad tiene distintos matices: desde los que expresan el deseo de dejarlo por asquearles el mundo de la droga, hasta los que claramente manifiestan recurrir al ingreso por no tener droga, cosa que no hubiesen realizado sin esta carencia. Entre estos dos polos un amplio abanico de motivaciones se extiende como causa de ingreso: internamiento de la mujer adicta, presiones de la familia o de la pareja no adicta, problemas matrimoniales, embarazo, hijos, dificultades económicas, síntomas psíquicos, intentos de suicidio, etc. Otro porcentaje, que equivale aproximadamente al 25% ingresa por presentar un síndrome de abstinencia de distinta intensidad, bien por falta de medios para procu-

rarse la droga o por intentos de autodeshabituación (dolores, vómitos, irritabilidad, astenia, diarreas, anorexia, etc.).

Todos ellos se adaptan mal a la institución, no se integran. En los servicios cerrados abundan las fugas; en los abiertos piden el alta voluntaria a los pocos días de estar. La mayoría no participa en ninguna actividad terapéutica, otros procuran proveerse de la droga estando en el centro psiquiátrico, instaurando un nuevo e inestable equilibrio entre la droga, el tratamiento farmacológico que le permite reducir la dosis y la institución que puede servir como medio protector de otros conflictos.

La cuarta parte de los casos han tenido con anterioridad uno o varios ingresos en otros centros psiquiátricos de distintas características: centro asistencial, hospital psiquiátrico, hospitales de día, unidades psiquiátricas, etc.

Las características de un servicio de psiquiatría en un hospital público determinan de algún modo el nivel social y económico de la demanda. Ultimamente este factor ha experimentado una cierta evolución por la mejora y un cierto prestigio de las instituciones públicas y la cada vez más costosa asistencia privada. Teniendo en cuenta este dato y el alto porcentaje de historias que no reseñan factores familiares, económicos o sociales, se encuentra que los toxicómanos en su conjunto (padres obreros no cualificados, estudios elementales, barrios periféricos, trabajos no cualificados e inestables) pertenecen en una gran mayoría al proletariado. Esta pertenencia no parece casual. Como dato cabe resaltar que los pasados movimientos de contestación más ligados a los hijos de la burguesía y la pequeña burguesía, tenían como droga la marihuana fundamentalmente y el ácido, drogas relativamente accesibles a sus economías y que no producen dependencia física. Por el contrario, en un momento de grave crisis económica en que los parados y jóvenes proletarios que se incorporan a un mercado de trabajo saturado, podrían ejercer una presión social intolerable para el sistema, se inunda a la clase trabajadora con drogas de gran poder de provocar adicción y cuya carestía facilita la criminalización de la conducta del toxicómano.

A este respecto, el porcentaje de antecedentes delictivos entre los pacientes alcanza el 36% del total. Existe una falta de delimitación clara entre consumidores y traficantes ya que la mayoría de los consumidores, de escasos medios económicos, necesitan recurrir al «camelleo» para asegurarse su dosis. La comisión de hurtos y robos para proveerse del dinero necesario para adquirir la droga hacen de estos pacientes sujetos propicios a tener conflictos con la ley, encontrándose en sus antecedentes numerosos pasos por comisarías y cárceles.

El proselitismo es otra característica de los consumidores de drogas. Necesidad surgida de la obligación de extender el mercado de la droga para asegurarse compradores que le permitan seguir disponiendo del dinero para sus dosis. Es frecuente la iniciación por presiones entre grupos de ami-

gos o conocidos, invitaciones a participar, entrega gratuita de dosis durante un cierto tiempo, etc.

La imbricación con la delincuencia plantea dos problemas de difícil solución en el campo asistencial:

a) Vista la escasa posibilidad que la estructura asistencial psiquiátrica ofrece para tratamientos de deshabituación de los adictos, el rechazo de estos a la institución en cuanto superan los primeros días de desintoxicación, frecuentes reingresos, etc., incluso aceptando la mayor voluntariedad, ¿Cómo se puede afrontar terapéuticamente un caso cuando esa voluntariedad pueda ser coaccionada con la idea de ir a la cárcel o a otro centro custodial en caso de no someterse al tratamiento?

b) La mayor parte de los enfoques terapéuticos, con independencia de la técnica aplicada, se basan en favorecer la adopción de conductas válidas para el individuo y su relación con el medio en el que interactúa. El aumento del autocontrol, la responsabilidad y el compromiso personal con la realidad, son los objetivos a alcanzar frente al discurso evasivo e irresponsabilizador de la enfermedad mental. ¿Cómo se puede conciliar esta actitud terapéutica con la tendencia legal a atenuar la responsabilidad de la conducta del toxicómano?

Hospital psiquiátrico provincial

La peculiar idiosincrasia y funcionamiento del Hospital Psiquiátrico Provincial hacen empresa ardua y difícil el sistematizar y cuantificar, aunque sea mínimamente, cualquier estudio o trabajo. La inexistencia de una sección de estadística, unido al elevadísimo número de ingresos atendidos en un centro, que no se distingue precisamente por su orden y método, son claves importantes para explicar la mencionada dificultad. Por otro lado la premura en la recogida de datos, por el escaso tiempo de que hemos dispuesto para efectuar este trabajo, hace que no hayamos podido computar períodos de tiempo más grandes, por lo que las cifras que presentamos es posible no tengan una exactitud absoluta, sin embargo consideramos que de existir alguna variación esta sería tan poco significativa que no modificaría el análisis y conclusiones que a continuación exponemos.

El porcentaje de toxicómanos ingresados alcanza unos valores que dentro de las dificultades en la obtención de los datos, oscila alrededor del 6,3%. La impresión subjetiva de diferentes médicos sobre este apartado es que existe una prevalencia claramente ascendente. Ahora bien, esta cifra del 6,3% adquiere en el Hospital Psiquiátrico Provincial unas connotaciones sumamente importantes si tenemos en cuenta que el número total de ingresos anuales (tanto primeros ingresos como reingresos) es de unos 6.500, lo cual nos revela que la cifra global de toxicómanos ingresados a lo largo del año oscila alrededor de los 400.

La distribución por sexos pone de manifiesto una mayor proporción

de varones, 75%, frente al 25% de hembras. Estas cifras también concuerdan en lo fundamental con lo observado en otros centros, si bien el porcentaje de varones es aquí algo superior.

La edad media se sitúa en 23,2 años. Esta edad es un poco más elevada (23,6) si tomamos aisladamente a los varones y desciende en cambio a 22 años si lo hacemos con las hembras. Observamos pues, de igual modo que reflejan los datos obtenidos en los demás centros, que la toxicomanía a que nos estamos refiriendo afecta de forma fundamental y casi exclusiva a capas de población sumamente jóvenes, más aún si consideramos que de forma habitual y por término medio el adicto suele referir llevar unos tres años drogándose previamente. Finalmente y en cuanto a los datos de filiación apuntaremos que, en su gran mayoría, se trata de personas solteras si bien es de reseñar el no despreciable porcentaje (no cuantificado) de personas que han acudido a ingresar en pareja, lo cual deja entrever que en bastantes ocasiones la droga consumida de forma comunitaria o como si de una actividad social se tratara.

No tenemos más remedio que señalar a continuación qué parámetros tan valiosos y fundamentales para cualquier tipo de análisis, como pueden ser: escolaridad, nivel cultural, datos sociofamiliares, etc., no pueden ser elaborados por no estar recogidos salvo aisladas excepciones en las historias. Así mismo el motivo del ingreso, la existencia o no de internamientos en otros centros, cárceles, etc., habitualmente tampoco están reflejados. Este hecho que, en gran medida, puede ser imputado al deficiente funcionamiento del hospital psiquiátrico y al desbordamiento asistencial que en él se produce es mucho más acentuado en el caso de los toxicómanos por cuanto de forma subjetiva se puede apreciar una clara prevención hacia los mismos unida, en la mayoría de los casos, a la convicción del propio personal sanitario de la imposibilidad de prestarles una ayuda adecuada; hecho que se concreta en el tiempo de permanencia media que viene a ser de unos 5-6 días lo que quiere decir que un buen número de personas con problemas de adicción suele abandonar el hospital a los 2-3 días de estancia en él. Una primera reflexión sobre estas cifras de permanencia nos lleva de inmediato a la conclusión de que el tipo de asistencia o ayuda prestados, en absoluto pueden ser válidos.

Como señalábamos anteriormente no hemos podido precisar numéricamente el motivo causa de ingreso pero, por lo general, éste se produce por la existencia o inicio de un síndrome de abstinencia motivado por múltiples causas (problemas económicos o de tráfico de la droga, etc.), y es común que los toxicómanos provengan de otros centros de donde han sido rechazados por no existir camas.

Es preciso señalar esto último por cuanto no es infrecuente que los propios toxicómanos expresen su rechazo previo al Hospital Psiquiátrico Provincial que es el último refugio al que se tienen que acoger al ser rechazados en otros lugares. En menos ocasiones los toxicómanos ingresan voluntaria-

mente con el propósito de abandonar el hábito, por más que ulteriormente sus expectativas no son satisfechas. Finalmente, en otros, el motivo de ingreso es algún problema social ocasionado por la adquisición, tráfico, etc., de la droga e incluso repercusiones netamente delictivas.

El tratamiento farmacológico que se les proporciona nunca está en absoluto reglado quedando sujeto a las diversas preferencias farmacológicas de los distintos médicos; en general se suelen administrar la amplia gama de ansiolíticos y neurolépticos sedantes. Fuera de este aspecto farmacológico no existe medicamente ningún otro factor terapéutico que pueda ofrecerse al adicto por lo que rápidamente surge el rechazo de estos hacia la institución. «Ellos no se consideran locos» y con gran frecuencia ocurre el sentimiento inverso del rechazo de la institución hacia ellos. Hecho este al que no están ajenos en algunos casos los problemas derivados del toxicómano (introducción de drogas en el centro, ajustes de cuentas, etc.).

En resumen, observamos pues que el Hospital Psiquiátrico Provincial que, posiblemente recibe el mayor número de toxicómanos de Madrid, ni reúne características adecuadas para su tratamiento ni satisface las demandas de los mismos, aunque estas circunstancias pueden ser aplicadas a otras instituciones como verbalizan los propios adictos tras su, en algunos casos, larga carrera de instituciones y cárceles.

Para no resultar excesivamente prolijo terminaremos refiriéndonos, por ser también sumamente significativo y compendio de lo anteriormente expuesto, a la forma y causa en que se produce el alta.

Aunque aquí tampoco hemos podido determinar con exactitud los porcentajes reales por falta o borrosa cumplimentación de las fichas de alta, a título de aproximación muy cercano a la realidad dividiremos la clase de alta en cuatro grandes apartados: En primer lugar el alta por orden médica que tiene lugar en un 36% de los casos. A continuación la fuga y el alta a petición propia que acaece en 23-24% cada una. El alta a petición familiar en alrededor del 17% de los casos.

Todo esto confirma, como apuntábamos, si estas cifras las ponemos al lado de las del tiempo de permanencia, el rechazo tanto del médico como del propio toxicómano y su familia al tratamiento.

Farmacofilia de la población española

Nosotros partimos, además, de otra preocupación: el aumento constante de las toxicomanías, en especial de las que producen mayor alarma social —problema real necesitado de respuestas serias y no resignadas— es solamente un reflejo, un espectacular emergente, de otro problema social a nuestro juicio mucho más grave, que por ser habitual y cotidiano es mucho menos visible. Nos referimos a la toxicofilia generalizada de la población española en su conjunto.

Los españoles consumimos fármacos de todo tipo de una forma indis-

criminada, en especial analgésicos y psicotrópicos en tales cantidades que su consumo no puede justificarse por los índices de morbilidad general. No parece que los españoles estemos tan enfermos como para consumir tanto medicamento. Y es que el medicamento no es utilizado científicamente para los fines que le son propios, sino para contrarrestar una serie de malestares cuyas causas suelen estar con frecuencia fuera del organismo humano. El medicamento que ingerimos está investido subjetivamente de atributos que objetivamente no le diferencia en realidad de cualquier otro producto que se pueda encontrar en los supermercados. Una de las razones intrínsecas del abuso farmacológico generalizado se encuentra en **la transformación del medicamento en mercancía.**

Este es un problema tan serio que los mismos farmacéuticos han tenido que denunciarlo. A primeros de septiembre del presente año se ha celebrado en Madrid el XL Congreso Internacional de Ciencias Farmacéuticas, en el cual, en dos de sus doce conclusiones finales, se acordó «hacer una llamada a los Gobiernos para "recordarles" que el medicamento no es una mercancía sino un servicio al enfermo». Tanto el entonces Ministro de Sanidad, como el Sr. Reol, ex Subdirector General de Farmacia, diputado por UCD y adscrito a la Comisión de Sanidad del Parlamento reconocieron públicamente la realidad de dicho abuso farmacológico. Este último señaló además las causas de esta situación: La falta de una acción sanitaria preventiva, las condiciones stressantes de la vida actual, la contaminación, las características actuales de la prestación farmacéutica, la trivialización de los actos médicos derivada de un sistema sanitario insuficiente y la mitificación del medicamento. Más que de una «mitificación», se trataría de una «idealización» del medicamento en el momento de ser adquirido y de un uso posterior mercantilizado. Veamos ahora alguno de estos puntos con datos concretos, dejando aparte la consideración general de que esas causas no son a su vez sino efectos de una sociedad con graves fallas en su organización.

La mayor parte de los datos pueden encontrarse en: **«Investigación sobre la Asistencia Farmacéutica en España»**, publicada por el Ministerio de Trabajo en 1977, cuyos datos son válidos especialmente para el período 1974-1975. Se trata de datos globales para todo el país, sin discriminar por regiones, clases sociales, edades, etc.

Por término medio cada médico atiende diariamente a 41 enfermos, incluyendo consultas, visitas domiciliarias, consejos y otros actos. La duración media de la consulta es de 7,47 minutos para la Seguridad Social y de 9,75 para el ejercicio libre. En un estudio reciente realizado por el Dr. Chávez, válido para Madrid y referido a las consultas de Neuropsiquiatría de la Seguridad Social, esta duración media resultaba ser de 4 minutos. Ya se ha dicho que no tendremos la mejor medicina de Europa, pero sin duda es la más rápida. Y ¿qué es lo que reciben los pacientes que van a las consultas?: pues nada menos que el 85,4 de ellos recibe medicamentos únicamente, y a sólo un 4,6 no se le prescribe nada.

Cada médico prescribe diariamente 23,2 recetas, cantidad que para el año 1974 resultaba ser de 1 millón de recetas diarias, y una media de 2,89 medicamentos por receta. Cada médico recetaba al día medicamentos por un valor de 7.000 pesetas.

En el estudio mencionado se reflejaba además la tendencia a recetar más medicamentos, si bien más baratos, en las consultas de la Seguridad Social que en el ejercicio privado, y eso a pesar de que la mayoría de los médicos no conocemos el valor P.V.P. de los medicamentos; parece pues que actúa en los médicos una especie de preconsciente impregnado de valores ideológicos y de clase social.

Para el año que viene, según han quedado los presupuestos del Estado, está previsto gastar unos 627.842 millones de pesetas en Asistencia Sanitaria, de los cuales el 20,99% son para gastos de Farmacia, es decir unos 125.000 millones de pesetas. La situación se vuelve más complicada cuando se considera que de la cifra total de pacientes, el 40% de ellos no sigue de una forma total o parcial las prescripciones del médico, y que además, el 42,7 de la población se automedica.

Como se ve, el medicamento a pesar de estar prácticamente omnipresente en la actual relación médico-enfermo, es utilizado en amplias proporciones para fines diferentes: es lo característico de la mercancía de consumo: lo importante es su adquisición y no el uso posterior de la misma, como si el medicamento sirviera para «recuperar» algo de lo que por otro lado se nos arrebata. A la manía de la adquisición sucede la depresión ante la insatisfacción de lo adquirido.

Esto lleva a estrudiar otro aspecto de suma importancia para lo que nos ocupa cuál es el análisis del «stock» familiar de medicamentos. Los datos recogidos para 1974 fueron los siguientes:

N.° de familias, 8 millones.
N.° de medicamentos por hogar, 13,3.
Valor medio de cada medicamento, 144 ptas.
N.° de medicamentos almacenados en las casas, 106 millones.
Valor medio del «stock» familiar, 2.000 ptas.

En total estaban repartidos por los hogares españoles unos 15.000 millones de pesetas, unos 36.000 de hoy.

Este dato es de interés a la hora de explicar el acceso del adolescente al consumo de sustancias, si comprueba el hábito familiar de consumir drogas de una forma indiscriminada. El recurso constante al fármaco para combatir cualquier malestar, del cual el cuerpo no es sino una caja de resonancia de otros malestares sociales y familiares, puede favorecer en el adolescente un aprendizaje de conductas toxicofílicas como solución a sus tensiones internas.

En los días 16 y 17 de octubre último, también en Madrid y presidido por el nuevo Ministro, se ha reunido la X Asamblea de la Federación Internacional de la Industria del Medicamento, que agrupa a los fabricantes

más importantes del mundo. En esta reunión, aparte de hacer un canto a la libertad de empresa, se ha deplorado la conducta de algunos gobiernos «desconfiados» de impedir el libre desarrollo de las empresas oponiendo obstáculos burocráticos. El representante USA dijo: «... La empresa con afán de lucro es un animal muy tratable. No responde bien cuando la empujan. Pero con incentivos positivos puede ser conducida fácil y voluntariamente, dentro de ciertos límites, en cualquier dirección que dicte el camino de incentivos del país anfitrión».

Todo va bien, pues, si se aumentan los incentivos. Pero veamos ahora la realidad para nuestro país. Para 1973, el volumen total de ventas de los laboratorios fue de 87.000 millones de pesetas, de los cuales 61.000 (70%) lo fueron a la Seguridad Social y 26.000 (30%) al mercado privado. Manteniendo estos porcentajes, es muy posible que el volumen total de ventas se aproxime este año a cerca de los 200.000 millones de pesetas, de forma que se puede afirmar que cada familia española consume fármacos por un valor de 25.000 pesetas anuales.

Del volumen total de ventas, los laboratorios extranjeros que operan en España, que representa el 17,2% del total, copan el 45,7% del mercado, tendencia que va en aumento, por lo que no es muy descabellado pensar que este año los laboratorios extranjeros hayan vendido fármacos por un valor de 1.500 millones de dólares. No obstante, estos «incentivos» no parecen ser suficientes. Al igual que los otros toxicómanos, es evidente que los fabricantes también necesitan más dosis.

Estos datos resultan suficientes para ilustrar nuestro punto de partida: que el alarmante aumento del consumo de drogas «duras» ilegales no es más que un emergente, lo más «visible» de los hábitos toxicofílicos de nuestra sociedad, hábitos que si bien no explican en toda su complejidad las causas de las toxicomanías, sí constituyen uno de sus condicionamientos más nítidos. Esta farmacofilia probablemente no sea más que la expresión de otros males más profundos de la sociedad que han de encontrar su salida y su solución por algún lado.

Cannabis

Hemos incluido en este mismo apartado una breve referencia al Cannabis, aunque a diferencia de las otras drogas, su consumo sea ilegal, porque al igual que ocurre con el resto de los medicamentos, su consumo rara vez conduciría a las consultas médicas y psiquiátricas, de no ser por la presión legal a la que está sometido.

La falta de acuerdo entre los especialistas acerca del consumo del Cáñamo, viene determinada en opinión del «Informe Canadiense sobre drogas» —opinión que en general vamos a seguir por parecernos uno de los informes más objetivos— por la dificultad de clasificar farmacológicamente al Cannabis en relación con el resto de las drogas.

El poder psicotrópico del Cáñamo varía notablemente según la cosecha, la zona de procedencia, el clima, el suelo, el momento de la recolección, las condiciones de conservación, los modos de preparación, los avatares clandestinos de su distribución y las características situacionales de su consumo. No tienen el mismo poder psicotrópico la marihuana que el haschich o el ganja, como no tienen el mismo efecto el vino del Rhin que el Jerez.

Sus efectos son variables también según las vías de absorción de la sustancia activa (Δ-9-Tetrahidrocannabinol) ya que es tres veces más activo cuando se fuma que cuando se ingiere.

La tolerancia al Cáñamo no depende de su condición farmacológica sino de la voluntariedad del consumidor en aumentar la dosis para conseguir mayores efectos.

La dependencia física que produce es nula, y su papel en el llamado fenómeno de la escalada es irrelevante. La posible dependencia psicológica no es mayor que la de cualquier otro producto que genere sensaciones placenteras de bienestar.

Las modificaciones que produce en el estado de conciencia, varían en función de la preparación del producto, de su calidad, dosis, personalidad del sujeto y situación ambiental y social en que se consuma. En líneas generales sus efectos sobre la conciencia son: aumento de la sensación de bienestar general, relajamiento de las inhibiciones, aumento de la sugestibilidad y de la capacidad de empatía. En una reunión de fumadores, por ejemplo, estas sensaciones puede experimentarlas también el no fumador por contagio emocional. Con el modo de consumo más frecuente en nuestra cultura, el cigarrillo, las alteraciones de conciencia no suelen ir más allá de las descritas. Para encontrar efectos disgregadores de la conciencia, efectos dislépticos, con fenómenos ilusorios incluso alucinatorios, etc., es precisa la conjunción de una personalidad presicótica por un lado, y por otro un modo especial de preparación que contenga sustancia activa en estado casi puro, por ello la mayor parte de las referencias sobre los efectos psicotizantes y psicodislépticos del Cáñamo, han sido extraídas en su mayoría bajo condiciones experimentales.

El Cáñamo es inofensivo en sí, en tanto que **no esclaviza al individuo ni le hace perder la libertad frente a la droga,** en consecuencia, la persona que inicia una «escalada» lo hace exclusivamente bajo el imperio de su propia voluntad, en la misma forma en que es posible pasar del tabaco a la heroína.

Este producto, desde el punto de vista médico-sanitario es tan problemático como puedan serlo miles de otros productos que se pueden adquirir libremente en las farmacias. Otra cosa son los problemas derivados de la introducción en el mercado legal de un nuevo producto, en este caso tan marcado con numerosas connotaciones económicas e ideológicas.

Alternativas y líneas de asistencia a los toxicómanos

La problemática de la toxicomanías no tiene solución en el marco de nuestra sociedad actual. Las medidas médico-sanitarias, que sólo tangencialmente rozan el problema de las drogas, únicamente pueden aportar aspectos paliativos al problema. Desde esta perspectiva consideramos algunas conclusiones y líneas de actuación sanitaria frente a la drogadicción.

1.° Los centros psiquiátricos clásicos son totalmente inoperantes para el tratamiento de las toxicomanías. La experiencia de haber pasado por ellos predispone al adicto a rechazar en el futuro cualquier tipo de tratamiento y a crear un clima negativo en este grupo a la posibilidad de recurrir a una ayuda terapéutica cuando lo necesiten. Unicamente en casos de urgencia o grave conflictividad cumplen un papel provisional, que no compensa su incidencia negativa en la prevención y su nula capacidad de enfocar terapias deshabituadoras y actuaciones rehabilitadoras.

En realidad, traduce lo absoleto de estas instituciones para este y otros problemas que afectan a la salud mental. Pone de manifiesto la necesidad de transformación de los hospitales psiquiátricos y el fracaso del tratamiento de los adictos bajo el concepto tradicional de «enfermos».

2.° Los centros especializados pueden representar en momentos de transición —de hecho aportan en la actualidad una meritoria labor— una plataforma de estudio, investigación e información sobre esta problemática específica. Sin embargo, no consideramos que la línea asistencial deba pasar necesariamente por la creación de redes paralelas de asistencia para cada uno de los problemas específicos que la salud mental plantea. Abogamos por una asitencia integrada sin necesidad de renunciar a los aspectos peculiares e individualizadores de cada problemática.

3.° La alternativa se orientaría en la creación de sectores asistenciales en los que se fueran creando centros de salud mental. Los centros, sobre los que pivotaría todo el esquema asistencial, actuarían en conexión con la unidad de hospitalización del sector, el hospital general existente, los ambulatorios y todos cuantos recursos sanitarios se encuentren en el territorio señalado. Aparte de su integración en los circuitos habituales por los que se canaliza la demanda asistencial, el equipo de trabajo del centro de salud establecerá una íntima coordinación con las entidades ciudadanas y representativas del barrio al cual presta su asistencia. Su cometido abarca el conocimiento y estudio de la problemática más frecuente en cada zona, la elaboración de programas específicos para abordar los diversos aspectos de la morbilidad psíquica e, incluso, la posible especialización de algún equipo en un problema de salud mental que se dé con especial prevalencia en aquel sector. Este podría ser, para algunos territorios, el caso de los consumidores de droga.

Para los problemas más directamente relacionados con los aspectos somáticos y médicos de la droga, se dispondrá del hospital general, donde es

necesario sensibilizar a los médicos internistas para superar su actual rechazo a los tratamientos físicos de estos pacientes.

La prevención se enfocaría desde una parte activa: información, sensibilización del problema entre la población, etc., y por otra parte facilitar al máximo que el toxicómano acuda cuando lo juzgue necesario y lo más precozmente posible a recibir tratamiento, con la garantía de encontrar el clima y el personal adecuado para la ayuda que necesita.

Las medidas rehabilitadoras y reintegradoras se estudiarían sobre el terreno proponiendo las actuaciones que se consideren necesarias para llevarlas a efecto.

4.° No consideramos aceptable las terapias de sustitución de una toxicomanía por otra, ni las pautas de proporcionar bajo control droga a los toxicómanos por las razones ya expuestas en su momento.

5.° Si bien la toxicomanía en sí nunca debe ser motivo de penalización, causa de separación conyugal o de despido del puesto de trabajo, el toxicómano debe asumir la responsabilidad legal de sus actos en sus vertientes penal, civil y laboral con las correcciones y atenuantes que la ley tiene marcadas.

La tendencia a irresponsabilizar de las conductas y los actos entra en contradicción con cualquier pauta terapéutica que se asuma y con los enfoques preventivos del consumo de drogas.

6.° Desde un punto de vista sanitario el cannabis y sus derivados no producen dependencia física, su papel en la escalada de la droga es irrelevante y la posible dependencia psíquica no se diferencia de cualquier otra sustancia o situación que aporta una sensación de bienestar al individuo.

7.° El fenómeno de la droga es un emergente social de la farmacofilia generalizada que existe en nuestra sociedad.

PONENCIA N.º 3

INFORMACION Y PREVENCION DE LAS TOXICOMANIAS

Por Santiago Torres

Introducción

Afirmar que la mejor manera de prevenir el consumo de drogas, pasa justamente por aspectos muy diferentes al de las drogas parece una contradicción, pero cada día es más patente una cierta relación de incremento de consumo de ciertas sustancias, legales o ilegales, con un conjunto de circunstancias personales y sociales, individuales y colectivas. El paro, dificultades para cursar estudios, una forma de vida individualizada y deshumanizada, la necesidad del consumo, un medio urbano degradado, una crisis de valores hasta hoy inalterables pero hoy puestos en revisión por todos, etc. Todo ello implica una visión del problema muy amplia, muy extensa, en la que la solución que sepamos ofrecer a todo ese complejo conjunto de situaciones mencionadas. En definitiva **para prevenir el consumo de drogas tenemos que encontrar unos estímulos de vida diferentes, nuevos valores que justifiquen la ilusión de vivir, ilusión de vivir por una sociedad más justa, más libre, más humanizada, en la que la amistad, la solidaridad, la cultura, el trabajo, el ocio... adquieran realmente dimensiones diferentes a las actuales.**

A nivel general podemos afirmar que los comunistas luchamos por una sociedad en la que sea innecesario el consumo de sustancias con capacidad para crear dependencia, pero lo que no podemos hacer hoy es ignorar el problema existente, y por tanto no ofrecer los elementos que a nuestro entender son importantes para reducir el consumo y prevenir su uso.

1. Información

1.1. Información dirigida al conjunto de la población

Si bien en la primera ponencia analizábamos las drogas globalmente, en este apartado las diferenciaremos en legales e ilegales, dado que el trato informativo que de cada una de ellas se hace es obviamente diferente.

En relación a las drogas legales, alcohol y tabaco, la información que se ofrece está claramente determinada por intereses de tipo económico y comercial, destinándose una pequeña parte de la información a explicar los efectos indeseables y las contraindicaciones de cada una de ellas. En gene-

ral esta información no pasa de ser anecdótica si se compara con el conjunto de la publicidad comercial. Es importante denunciar la orientación ideológica que manifiesta este tipo de información, resaltando elementos machistas, de consumo, de violencia, de una falsa maduración para los jóvenes, etc. ...

Dentro de las drogas legales, cabe mencionar aunque sea superficialmente el papel de los Psicofármacos, estimulantes y depresores (véase ponencia n.° 1), el consumo de los cuales se ha incrementado de forma alarmante entre la población, incremento motivado entre otras por las siguientes razones:

a) La industria farmacéutica como industria privada y por tanto con intereses comerciales más que sanitarios.

b) Reducción de la visita médica a un acto de prescripción de medicamentos.

c) Incremento del fenómeno de la automedicación, especialmente en lo que hace referencia a los hipnóticos y sedantes.

En el campo de las drogas ilegales, existe un tipo de información subliminal, indirecta, que utiliza connotaciones ideológicas en relación con el fenómeno del «pasotismo» de la juventud, una información que ejerce una acción estimulante de consumo, en especial en lo referente a los derivados del cannabis. Frases como «pasa de todo tío, pero pasa con...» o «Márcate un rollo en la vida con...» o bien la utilización de la palabra «chocolate» (haciendo mención al hachís) por parte de cantantes que actúan en TVE dentro de los programas de mayor audiencia, ejercen efectos sobre la juventud de incremento de consumo.

Por último mencionar la caracterización de peligro público que se hace del toxicómano, especialmente del que hace uso de derivados del opio (morfina, heroína...) al que intentan presentar como delincuente y marginado, del que se dice que como única solución existente es la de separarlo del conjunto de la población para evitar el contagio.

Ante este panorama, se tiene que ofrecer a la sociedad una información lo máximo objetiva posible, en la que se analice cada una de las sustancias con capacidad de crear dependenica y se expliquen sus efectos indeseables, sus contraindicaciones y los problemas generados por su uso. Cualquier medio de comunicación es útil para realizar este tipo de información, sea prensa escrita, radio o TV.

1.2. Información dirigida a grupos concretos y a los consumidores

La información antes referida debe particularizarse para cada grupo social, para cada núcleo de la población. Así será diferente la necesidad de información y prevención de un barrio en relación a otro, de unas edades a otras, de ciertos grupos de la población con características comunes (mujeres embarazadas, enfermos con patologías concretas, trabajadores de

ramos determinados, etc.). En definitiva se trata de considerar que a partir de unos criterios generales se tiene que desarrollar una tarea preventiva en cada lugar específico.

En relación a la población consumidora, se le tiene que ofrecer la información necesaria en relación a las posibilidades de tratamiento, deben existir en cada barrio centros a los que puedan dirigirse para recabar esta información, hacen falta centros hospitalarios para realizar el tratamiento de desintoxicación y comunidades terapéuticas para poder hacer la deshabituación. Tiene que acabarse con la actual situación en la que un toxicómano, o un familiar de éste no sepa a dónde dirigirse para que le orienten sobre los posibles tratamientos o soluciones a su problema de dependencia.

2. Formación de profesionales

Es difícil desarrollar una función informativa, educativa y preventiva correcta si no existe personal preparado para ello. En concreto, los médicos, los maestros, los monitores de jóvenes, los educadores sanitarios... no poseen los elementos suficientes para realizar esta tarea. Es imprescindible que el tema de las drogas se enseñe en las facultades y escuelas universitarias que forman profesionales que de una u otra forma están relacionados con el mismo.

Siempre que sea posible ha de realizar el trabajo informativo y de prevención en cada núcleo (barrio, pueblo) el personal que trabaja en el mismo. Es contraproducente realizar conferencias, charlas, cursos, coloquios, etc., dirigidos a la población en general, por parte de especialistas no relacionados con el medio, que desconocen en definitiva la particularidad de cada uno de ellos.

3. Prevención en la escuela

Si bien el tema se desarrolla extensamente en la ponencia sobre la escuela, destacar la importancia de introducirlo en la materias docentes, en concreto en las asignaturas de Ciencias Sociales y Naturales, así como en la nueva asignatura que sobre Salud se introducirá próximamente; ha de ser el maestro que adecúe para cada edad el nivel de conocimiento que se precise sobre la problemática de las drogas. En relación a ello existen experiencias en nuestro país, de tipo experimental que están dando buenos resultados.

4. Prevención en las empresas

Hasta hace pocos años, la verdadera toxicomanía que se encontraba en las empresas era el alcoholismo; hoy podemos constatar que si bien el alcoholismo no tiende a disminuir, ha aparecido entre la población trabaja-

dora el consumo de derivados del cannabis, y en concreto en algunas ramas de la producción el problema se hace acuciante.

Una de las tareas difíciles pero no por ello menos urgentes es comprender que la lucha contra el alcoholismo y contra el consumo del resto de drogas, tiene que ser patrimonio de la clase trabajadora, y no de la patronal como en ocasiones pudiera parecer. El uso que se hace del alcoholismo como causa de despido laboral, uso totalmente injustificado y que ya en la ponencia quinta se contempla la necesidad de suprimir del estatuto de los trabajadores el despido por alcoholismo, provoca una reacción por parte del conjunto de los trabajadores de no reconocer la importancia sanitaria que en nuestro país tiene el alcoholismo. (Véase ponencia primera sobre epidemiología del consumo de alcohol).

Los sindicatos de clase tienen que hacer suyas las orientaciones de prevención del alcoholismo y de las otras toxicomanías, tienen que exigir que el médico de empresa realice una tarea informativa y de prevención de la salud, al servicio de los trabajadores y no de la patronal como en demasiadas ocasiones sucede.

5. Imagen pública

5.1. Publicidad

Es urgente reducir la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco, suprimiéndola completamente de centros específicos como centros sanitarios, centros escolares y culturales, así como en las carreteras por el peligro que supone el alcohol en la conducción.

Tendría que regularse aún más la publicidad en radio y TVE, en especial a las horas en que la población infantil puede ser el espectador.

Es importante suprimir este tipo de publicidad de los espacios controlados y de propiedad de la administración pública, en concreto en las vallas municipales. Poca eficacia ha de tener una campaña dirigida a reducir su uso si la propia administración participa en la publicidad para aumentar su consumo.

5.2. Imagen personal

Tendría que controlarse el uso de tabaco, bebidas alcohólicas y otras drogas en las personas con cargos públicos durante sus actuaciones públicas. Asímismo tendría que prohibirse el mismo uso entre los médicos, maestros, educadores sanitarios, etc. durante el ejercicio de su profesión.

6. Creación de un Centro de Documentación

En la actualidad existe un centro de estas características creado por la Comisión Interministerial creada al efecto, al que se ha dado poca publici-

dad y resulta de difícil accesibilidad. Es fundamental contar con las experiencias que en diferentes países tienen sobre el tema.

7. Coordinación de Servicios

Tiene que existir una coordinación de todas las instituciones que tienen alguna competencia en el tema de la información y la prevención. Existen en España instituciones diversas que desde aspectos distintos realizan campañas de información y prevención, en ocasiones sin la supervisión que el tema requiere. Urge una coordinación y sobre todo una unificación de criterios que haga más efectiva la labor global.

Como resumen destacar la necesidad de potenciar desde ámbitos diferentes y pluridisciplinarios la prevención del consumo de drogas. Prevención que como afirmamos al principio de esta ponencia no puede separarse de toda una alternativa global, que los comunistas junto con el conjunto de las fuerzas progresistas hemos de ofrecer. Lo contrario, reducir el problema a una cuestión técnica, parcializarlo, confiar en que una normativa legal únicamente va a solucionarlo, es no entender que el problema de las toxicomanías es una manifestación más de un conjunto de situaciones individuales y colectivas, psicológicas y sociales, que determinan su uso y estimulan una actitud de consumo.

PONENCIA N.º 4

ASPECTOS LEGALES DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS

Por Carlos González

Desde el punto de vista legal, lo primero que hay que señalar es la ineficacia, y aún más, los indudables perjuicios que se derivan de la actual regulación penal en materia de drogas.

En efecto, el Código Penal vigente castiga los diferentes actos que constituyen el «ciclo de la droga», desde el cultivo, hasta que ésta llega a poder del consumidor, con penas que van de los 6 años a los 12 años y multa de 10.000 a 500.000 pesetas. Si se tiene en cuenta que, según las circunstancias, el Tribunal puede imponer la pena inferior o superior, nos encontramos ante una casi absoluta indeterminación de la misma, que puede ir desde 1 año hasta los 20 años de prisión. La gravedad de estas penas roza los límites del absurdo, pues hay que tener en cuenta que, según la actual regulación, puede resultar más penado regalar un «porro» a un amigo que ayudar a ese mismo amigo a que se quite la vida.

Pues bien, lo primero que se constata es que la dureza de las sanciones penales no ha sido obstáculo en absoluto para que en nuestro país haya sufrido un aumento constante del consumo de drogas ilegales, aumento que algunos empiezan a considerar «alarmante» por el solo hecho de que ha dejado de ser patrimonio de las «clases bajas» y su difusión ha alcanzado también a los hijos de la burguesía.

Pero, como antes decíamos, no es sólo la inutilidad de la ley lo que se pone de manifiesto. Es que, además, esa misma ley tiene efectos contraproducentes.

En primer lugar, por el desprestigio que para las leyes en general resulta, no ya de la inaplicación de la misma, sino de su aplicación de manera discriminatoria. Por que hay que decir que, según estimaciones oficiales, el porcentaje de los actos que llegan a los Tribunales de Justicia representa menos del 10% de las estimaciones sobre la difusión del consumo. ¿Qué quiere ello decir? Que quien sufre el castigo ha de experimentar un profundo sentimiento de injusticia y de discriminación por «haberle tocado a él la china», frente a actividades que él sabe ampliamente difundidas en toda la sociedad. Pero hay más. Una comparación entre los sujetos condenados por actividades relacionadas con las drogas y las estadísticas sobre consumo de las mismas, nos lleva inmediatamente a la conclusión de que la perte-

nencia a una clase social «baja», el vivir en determinados barrios o incluso, el mantener determinadas actitudes frente a los valores establecidos, son factores esenciales a la hora de establecer la posibilidad de ir a parar a la cárcel.

Y esto no ocurre porque sí. Como ya se ha señalado repetidamente, puede hoy hablarse de una verdadera «estrategia de la droga» que afecta a la mayoría de los países industrializados y que tiende a ejercer el control social de capas de la población como los jóvenes, los parados o los movimientos de contestación a través de la definición de su conducta como desviada, y la subsiguiente criminalización de la misma. El argumento de que esto ocurra, no sólo en el caso de la droga, sino que siempre son los pobres los que van a parar a la cárcel, no resta fuerza al argumento, y más bien lo que hace es confirmarlo.

Estas y otras cuestiones que a continuación detallamos han llevado al Grupo Parlamentario Comunista a presentar una enmienda al Proyecto de Ley Orgánica de Código Penal proponiendo la despenalización de los derivados de la cannabis por entender que ni la peligrosidad de la sustancia ni los argumentos más comúnmente utilizados en su contra justifican su actual «status» legal.

En primer lugar, está ampliamente demostrado que los derivados del cannabis, además de no producir dependencia física, tienen efectos indeseables para la salud del individuo mucho menores que los producidos por el alcohol. En cuanto a que la cannabis esté asociada a comportamientos criminales está también ampliamente desmentido por las investigaciones llevadas a cabo por distintos gobiernos (1), algunas de las cuales apuntan a los posibles efectos inhibidores de la agresividad producidos por dicha sustancia.

Estas apreciaciones, hoy compartidas ampliamente incluso por los partidarios de seguir con las medidas represivas actuales (2), han dado paso a otro tipo de argumentos para justificar dichas medidas represivas:

1. Con frecuencia se afirma que los derivados de la cannabis constituyen una droga «de paso» hacia otras drogas más peligrosas, según el fenómeno de la «escalada». Se basa esta afirmación en la constatación de que un gran porcentaje de heroinómanos comenzaron usando marihuana o haschiss.

Y, sin embargo, es obvio que dicha constatación no indica casi nada. Esos heroinómanos, en un porcentaje muy superior ha consumido o consume tabaco y, en cambio, no se habla de éste como una «droga de paso». Lo correcto sería tomar una población X de consumidores de cannabis y estudiar qué porcentaje de ellos consumen o llegan a consumir heroína. Según la Comisión USA que elaboró el informe «Marihuana: A signal of Misunderstanding» en 1972 «sólo el 4% de los consumidores de marihuana ha probado la heroína», y según la Comisión Canadiense en su informe «cannabis» de 1972, elaborado sobre más de 2.600 investigaciones llevadas a cabo,

el paso de la cannabis a la heroína interesa a «menos del 1% de los consumidores» (3).

Lo cierto es que nadie ha podido demostrar que existan mecanismos farmacológicos que induzcan la «escalada» y que en consecuencia la explicación habrá de buscarse en otras causas.

En efecto, la consideración de la cannabis como droga ilegal, la mistificación producida al hablar de «la droga» sin distinción de los efectos de las distintas sustancias produce una situación que facilita el que algunos consumidores de cannabis lleguen a consumir heroína: En primer lugar, debido a la falta de credibilidad en las instituciones al comprobar que los efectos de la cannabis no son tan terroríficos como les habían señalado, lo que les lleva a despreciar los peligros de los opiáceos. En segundo lugar, el ponerles en contacto con el mercado ilícito de drogas donde les será fácil abastecerse de drogas peligrosas, cuando las fluctuaciones impuestas por los grandes traficantes hagan descender las existencias de cannabis y aumentar las de heroína. Y, por último, la aureola de estar haciendo algo prohibido, algo que va «contra» el sistema, puede llevar a abandonar la «infantil» cannabis y pasar a la heroína vista como más peligrosa, más adulta y menos «asimilable» por el propio sistema.

La «escalada» no es pues un fenómeno inducido por las propiedades farmacológicas de la cannabis, sino consecuencia del status legal y de la desinformación y manipulación que caracterizan el tratamiento hoy dado al problema de «la droga».

2. Otras veces, se argumenta que si bien la cannabis no es más peligrosa que el alcohol o el tabaco, vendría a sumarse a ellos caso de ser legalizada, y a aumentar los indudables problemas que las drogas legales ya producen.

A ello podría oponerse el absurdo que supone mantener ilegal la droga menos nociva (cannabis), mientras se tolera y aún se potencia el consumo de la más peligrosa (el alcohol).

Pero es que además, ello acarrea una dificultad extrema para cualquier programa de educación sobre las drogas. El educador debe, para explicar la diferencia en el tratamiento legal, o mentir sobre los efectos del alcohol o de la cannabis, o afirmar que la legislación actual es arbitraria, con el consiguiente desprestigio de las leyes a los ojos de los niños.

3. Hay quien, reconociendo la escasa peligrosidad de la cannabis según las investigaciones llevadas a cabo, cree sin embargo que habría que aplazar un cambio de su status legal hasta que nuevas investigaciones demostraran su inocuidad y, sobre todo, los posibles efectos de la misma tras un uso prolongado.

A ello, basta decir que se demuestra con respecto a la cannabis muchísimos más escrúpulos que en lo relativo a una gran cantidad de medicametos, puestos a la venta sin un control riguroso sobre sus efectos (el caso de la «talidomida» es paradigmático, pero podrían sumarse muchos otros

ejemplos, como el de los adelgazantes conteniendo amfetaminas, o los «aperitivos» para abrir el apetito de los niños con un grado considerable de alcohol en su composición).

Si es cierto que en buena parte desconocemos los efectos de la cannabis a largo plazo, lo que sí conocemos suficientemente son los efectos nocivos de la criminalización actual.

4. Se suele afirmar, otras veces, de que en España la jurisprudencia ya ha despenalizado de hecho el consumo de drogas y que lo único que la ley hace es penalizar el tráfico, distinguiendo así entre traficante y consumidor.

A este argumento podría oponerse la constatación de que no siempre el criterio jurisprudencial es uniforme, con lo cual, a veces resultan castigadas conductas que, en otras ocasiones dan lugar a la absolución con el efecto de aumentar la sensación de injusticia en quien ha visto que a él «le tocaba la china».

Pero sobre todo, es que la diferencia entre traficante y consumidor no es tan tajante. Es conocido que muchos consumidores se convierten a su vez en pequeños traficantes para así poder atender a su propio consumo. En consecuencia, lo que resulta de esa aparente lógica separación es que se pena a los consumidores económicamente débiles, que se ven obligados a traficar, mientras quedan en la impunidad los que tienen medios suficientes para comprar la droaga. Si a esto añadimos la constatación de que pocas veces son detenidos y condenados los grandes traficantes, lo que de hecho se están potenciando es la sensación de discriminación y de injusticia de los sectores sociales menos favorecidos hacia la ley, y desde luego, la nula eficacia de la lucha contra el auténtico tráfico de drogas.

5. Por último, desde posiciones políticas progresistas (4) se argumenta a veces contra la liberalización del comercio de la cannabis, a fin de evitar las ganancias que ello produciría a las grandes compañías multinacionales.

No hace falta decir que las posibles ganancias que conseguirían dichas compañías, es una ganancia que ya hoy y en mucha mayor medida, debido al juego del mercado clandestino, está obteniendo la llamada «industria de la droga» establecida a nivel internacional.

Por otro lado, no parece que el instrumento más idóneo para luchar contra las compañías monopolistas internacionales sea la criminalización y marginación de una buena parte de la población, frecuentemente la que más sufre esa explotación.

No obstante, sería deseable que la comercialización de la cannabis, caso de ser legalizada, quedara en manos del Estado al igual que lo está hoy el tabaco. Más adelante volveremos sobre ello.

Con todo lo dicho nos parece haber contestado a las razones más frecuentes que se oponen a la despenalización de la cannabis. Quedan, no obstante, algunos problemas.

Primero sería cómo hacer compatible dicha despenalización con los Convenios Internacionales firmados por España, en especial con el Convenio Unico de las NN.UU. de 1961 que en su art. 36 establece que los Estados se comprometen a considerar delito las actividades de cultivo, fabricación, tenencia, etc., enumeradas en el art. 4 de dicho Convenio.

Eso no obstante, el art. 22 del Convenio sobre drogas psicotrópicas de la O.N.U. de 1971 que ve la posibilidad de sustituir las medidas penales con «medidas de terapia, educación, rehabilitación e integración social».

No obstante sería oportuno que el Estado español iniciare acciones a nivel internacional para llamar la atención sobre la ineficacia de la penalización y proponer una enmienda del Convenio que permita a los diferentes Estados introducir reglamentaciones separadas para la cannabis.

No se nos oculta que la mera despenalización, si quedara aislada, serviría de bien poco. En efecto, la distribución de la droga seguiría en manos de las organizaciones ilegales, los peligros de la adulteración continuarían y así mismo el contacto en el mercado clandestino con las drogas peligrosas. Por eso, nos parece que la despenalización no sería suficiente, y tarde o temprano debería legalizarse la producción y distribución de la cannabis.

Hoy puede parecer utópico pensar que España pueda legalizar la cannabis, y por eso es difícil articular una serie de respuestas concretas a los problemas que tal medida llevaría aparejados. Ya hemos dicho anteriormente que en principio debería ser el Estado quien se ocupara, en régimen de monopolio, de la distribución de la misma, dado que el control del mismo parece así más asequible que si se dejara en manos de compañías privadas guiadas por la pura ley del beneficio. Las formas de distribución y los controles sobre la misma son difíciles de precisar en los momentos actuales, pero sí parece que, en general (prohibición de venta a los menores, prohibición incluso de consumo público, prohibición de la propaganda, medidas para evitar la conducción de vehículos tras el consumo, etc., etc.), no deberían en principio diferir de las que se arbitraran para el control del alcohol y el tabaco. Téngase presente, por último, que tan absurdo es pretender que un problema esté resuelto por el hecho de estar perseguido y penado, como parecen pensar algunos de nuestros gobernantes, como pensar que con la despenalización desaparecerían por ensalmo los problemas. Ni esta medida ni ninguna otra será eficaz si no va acompañada de una labor de información, prevención y asistencia adecuadas.

Medidas de seguridad

En relación con las medidas de seguridad, además de las críticas que merece la indeterminación de las conductas que pueden dar lugar a su aplicación, la existencia de medidas predelictuales, la posibilidad de acumulación con la pena, etc., formuladas ampliamente por la doctrina científica, lo que más llama la atención es la práctica inexistencia de las llamadas «casas de Templanza» contempladas en la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación

Social. Sólo existen tres centros en Madrid, en el Hospital General Penitenciario, en el Centro Asistenciasl Psiquiátrico Penitenciario y en el complejo Asistencial de mujeres de Yeserías, obviamente insuficientes para atender las necesidades actuales. Lo que ocurre en la práctica, con harta frecuencia, es que dicha medida de seguridad, a pesar de su nombre, se convierte en una auténtica pena, y se cumple en un centro penitenciario bajo el control del personal penitenciario, con lo que una vez más se está burlando la ley.

El Proyecto de Código Penal pone remedio a las críticas formuladas, en primer lugar, al suprimir los estados peligrosos pre-delictuales, pero mucho nos tememos que la situación en cuanto a los ahora llamados «centros de deshabituación» vaya a continuar siendo la misma.

Dos sugerencias podrían estudiarse, no obstante, como posibles incorporaciones de nuestro grupo, en forma de votos particulares, al citado Proyecto.

En primer lugar, la actual redacción según la cual sólo estarán sujetos a la medida de seguridad los toxicómanos que hubieran cometido un delito y fueran declarados exentos de responsabilidad conforme al art. 26,2, plantea un grave problema. En efecto, el art. 26,2 sólo se refiere a quienes al tiempo de cometer la infracción penal se encuentren en estado de intoxicación. La experiencia enseña, en cambio, que la mayoría de los toxicómanos cometen delitos para apoderarse de las drogas y evitar así el síndrome de la abstinencia. Esto es, que delinquen, **no por haber consumido,** sino precisamente, **por no haber consumido,** con lo que no podrían acogerse a dicho art. 26,2. Sería conveniente modificar el art. 143 o el art. 26,2 para hacer posible que el toxicómano que cometa un delito por causa de su drogadicción sea tratado como un enfermo y no como un delincuente.

El segundo problema se refiere a la posible ineficacia de un tratamiento de deshabituación impuesto por la ley y no voluntariamente aceptado por el sujeto. En el texto elaborado por la Ponencia redactora del Anteproyecto que se entregó al Gobierno, se preveía el tratamiento en un «centro de rehabilitación social». Sería conveniente la consulta con especialistas médicos a fin de evaluar la conveniencia de mantener o no dicha voluntariedad de elección.

Suministro controlado de drogas a los toxicómanos

En la Gran Bretaña existe desde el año 1926 el suministro gratuito y controlado en centros especializados de heroína a los toxicómanos en estado de dependencia, bien como parte de un tratamiento de desintoxicación, bien cuando se considera que el sujeto podrá llevar una vida relativamente normal si cuenta con ese suministro, imposible de llevar en caso contrario.

Este sistema cuenta con las siguientes ventajas:

a) se evitan los riesgos más graves de la heroína procedente del mercado negro, tales como la adulteración del producto, el error en la dosis, o las hepatitis virales.

b) El consumidor tiende a distanciarse de la subcultura de la droga.

c) El consumidor no se ve obligado a traficar a su vez para conseguir la droga, o a realizar actos delictivos para poder costeársela.

d) Por último, la existencia de un mercado legal supone un freno al mercado ilegal de heroína.

Resulta evidente que dicho sistema se presta a abusos, tanto por parte de los pacientes, como por parte de los médicos, y que, por otro lado, exigiría que nuestro país contara con una Organización de la Salud comparable a la inglesa, para asegurar el éxito de la experiencia. Pero en principio parece que dicha medida, junto a las antes expuestas, podría significar un indudable avance en consideración a este tema, como un problema fundamentalmente médico y social, más que policial o de orden público.

Algún camino parecía abrir la Ley de 11 de abril de 1967 que en su art. 25 señalaba la obligación de la Dirección General de Sanidad de crear «los centros que sean necesarios para el tratamiento médico, aislamiento curativo y rehabilitación de aquellos enfermos que hayan de someterse a un tratamiento de desintoxicación», así como a «Suministrar los estupefacientes que sean necesarios para el normal funcionamiento de dichos centros». Desgraciadamente y en el plazo ya de 13 años (!) ni un solo centro ha sido creado, ni las previsiones de la Ley en orden al control de toxicómanos, vigilancia de las recetas médicas, etc., ha sido cumplido. Una vez más parece más cómodo recurrir a medidas de carácter represivo, que cumplir las medidas asistenciales de control que el propio Estado establece.

Sería importante una iniciativa parlamentaria que urgiese la creación de estos centros, no sólo de cura, sino también de prevención, que a nuestro entender debieran funcionar de manera descentralizada, siguiendo el ejemplo de algunos centros creados en municipios catalanes (Barcelona, Sabadell, Sant Feliu, etc.), precisamente aquellos en los que la izquierda es mayoritaria. Todo ello sin olvidar que el problema de las drogas es un problema en cuya solución ha de intervenir toda la sociedad y no un puro problema técnico que haya de dejarse en manos de especialistas. El papel de las organizaciones políticas, sindicales y ciudadanas resulta así insustituible.

Una última consideración en torno a los problemas legales que plantea el tema de las drogas se refiere a la posibilidad de declarar la separación matrimonial por causa del «alcoholismo o la toxicomanía» según el proyecto elaborado por el Gobierno en su art. 82. Si bien es cierto que los estados de toxicomanía (producidos por el alcohol o por otra droga) pueden dar lugar a graves problemas conyugales, y con frecuencia a malos tratos, abandono, etc., son esos malos tratos o abandono lo que debe establecerse como causa de separación y no la toxicomanía. Lo contrario llevaría a la posibilidad de pedir la separación del cónyuge, simplemente porque fuma regularmente «porros» o la difícil situación que se provocaría en muchos alcohólicos, por ejemplo, en vías de curación (que puede durar varios años) y que no obstante no puede decirse que ya no lo sean.

Asímismo debiera exigirse con fuerza la supresión de la norma del Estatuto de los trabajadores que permite el despido del trabajador alcohólico o toxicómano. Un sistema que potencia y alienta verdaderas toxicomanías de masas no puede perseguir después a quien sigue sus recomendaciones, privándole de su puesto de trabajo. El alcoholismo ha de ser considerado como una auténtica enfermedad social, y como tal, y no con medidas represivas, ha de ser abordado.

NOTAS

(1) Las más importantes son:

— Canadian Government Comission of Inquiry. «The non-medical Us of Drugs: Interim Report». Penguin Books. Harmondsworth, 1971.
— Comission of Inquiring into the non-medical use of Drugs
  - «Cannabis» information Canadá; Otawa, 1972 y
  - «Final Report» Information Canada, Otawa, 1973.
— Government Publishing Office. «Government Memorandum: Background and Risk of Drug Use». The Hague, 1972.
— National Comission on Marihuana and Drug Abuse. «Drug use in America: Problem in Perspective» U. S. Government Printing Office, Washington, 1973.
— National Comission on Marihuana an Drug Abuse. «Marihuana: A signal of Misunderstanding» The Nex American Library; New York, 1972.

(2) Vid. Cancrini. «Droga. Chi, como, perché e soprattuto che fare». Sansoni. Firenze, 1978, pp. 71 a 83.

(3) Comission U.S.A. «MArihuana: A signal of Misunderstanding» p. 110. Comission Canadiense «Cannabis» p. 272. Citadas por Arnao «Rapporto sulle droghe». Feltsinelli, Milano, 1978, pp. 137-138.

(4) Vid. Cancrini, op. cit. p. 82.

Intervención oral de
LUIGI CANCRINI

(Traducción)

He leído atentamente los informes que me llegaron antes de partir y puedo decir que estoy de acuerdo sobre mucho de lo escrito y sobre los planteamientos generales de estos documentos. Me parece inútil repetir ahora las cosas sobre las que estoy de acuerdo y que, a mi parecer, no plantean problemas, en cambio trataré los temas que, según creo, necesitan profundizarse, o respecto a los cuales, aún en vuestros informes, existen unas evidentes diferencias de planteamiento, exponiendoos los resultados de la reflexión de estos años en el Partido Comunista en Italia. Diciendo que éste es un tema sobre el que también en el Partido Comunista Italiano existen diferentes posiciones, hasta el extremo de que éste ha sido el tema sobre el que, creo que por primera vez en la historia del Partido Comunista Italiano, ha habido una escisión pública, por las posiciones expresadas por la Federación Juvenil que ha preparado una propuesta de ley para la liberación de los tratamientos sustitutivos con heroína y metadona. El problema sobre el que se debe reflexionar detenidamente, es el problema de las toxicomanías: no me parece correcto que se hable de drogas y de toxicomanías como si fueran cosas iguales, me parece que son conceptos muy diferentes; la propuesta que se ha hecho y sobre la que estamos de acuerdo muchos de nosotros es que se defina el tipo de relación que hay entre la persona y la droga, distinguiendo tres categorías: la del consumo, en la que el individuo es dueño de la utilización de la droga, sea ésta cual sea: alcohol, tabaco, heroína; la categoría de la dependencia y del hábito, en la que todavía el individuo posee el control de la materia, del uso de esta materia, pero su uso es importante en la organización de su vida, o sea que nota su falta y esto le causa una cierta desazón. La tercera categoría, que es la única que puede realmente ser llamada toxicomanía afecta a toda la personalidad del individuo, la persona vive en función de la droga, como el borracho que encontramos en las calles depende totalmente del alcohol y el heroinómano de la heroína, etc.

Yo creo que esta distinción preliminar debe hacerse antes de la discusión, sobre todo por los problemas que plantea médica y terapéuticamente hablando, mientras que tiene una menor importancia desde el punto legal.

Hecha esta distinción, pasemos a la primera cuestión, a preguntarnos si todas las drogas determinan estas tres posibilidades, si hay algunas que

pueden estar en estas tres categorías, como por ejemplo, el alcohol y la heroína o los barbitúricos y las anfetaminas que son capaces todas ellas de producir consumo, hábito y toxicomanía. Al contrario, hay sustancias que no producen toxicomanía, no hay nadie que por tener cigarrillos viva en una condición psicológica tan terrible que asalte a una persona en una calle con un revólver. Esto no se ha visto nunca, o es un caso excepcional que no merece consideración. Lo mismo se puede decir del haschisch, a la que llaman droga ligera porque no produce toxicomanía, no existen casos descritos de toxicomanía por haschisch, en el sentido en que las personas se vuelven esclavas del haschisch organizando toda su vida en torno a esta droga. Esto no sucede normalmente, lo que significa que el tabaco y el haschisch deben diferenciarse de las otras sustancias, en términos médicos, terapéuticos, y luego veremos si también legales. Yo creo que en el mundo se está de acuerdo en que el haschisch no provoca daños ni toxicomanía, no creo que sea menos peligroso que el alcohol y el tabaco, éste último es peligroso por las enfermedades que puede provocar. La cuestión no aclarada todavía es, si se decide despenalizar el haschisch, en lo que todos están de acuerdo, de qué modo el haschisch va a afectar a la vida social; aquí hay diferentes posiciones enfrentadas. En Italia, el Movimiento Juvenil del Partido Comunista dice, como se bosqueja en algunos informes, que debiera ser un monopolio de Estado como el del tabaco, otros compañeros sostienen que sería necesario solamente despenalizarlo, de este modo estaríamos ante un comercio natural, aunque no admitido por las leyes, y punible en términos administrativos. Como si uno vendiera algo sin el permiso correspondiente; si ninguno tiene el permiso, la venta no está admitida. De todas formas, en lo que todos están de acuerdo es que el haschisch debe salir de las leyes sobre estupefacientes. Yo creo que la cuestión es difícil de resolver porque el monopolio de Estado plantea problemas sobre la regulación de las ventas. Puede venderse la sustancia a los menores, y aquí hay una pequeña contradicción con lo que decía anteriormente, a los niños el haschisch no sienta bien, les produce ciertas reacciones psicológicas que no son beneficiosas, por lo que el haschisch no es una cosa que se pueda dejar en casa sobre la cómoda o la mesita con tanta facilidad, es necesario un mínimo de prudencia. Por otra parte, es también una droga muy placentera. Yo no sé si políticamente o moralmente, la idea de favorecer otro consumo inútil, aunque agradable solamente, en una sociedad ya invadida por el consumo, sea políticamente la cosa que más nos interese. Los problemas se plantean a muchos niveles; ahora, a mí me parece que la forma en que los están desarrollando otros países como por ejemplo Holanda o Dinamarca, con un comportamiento de indiferencia, una suspensión de toda penalización, con un control limitado del gran tráfico, es una solución difícil de aceptar para nosotros los latinos, porque nosotros tenemos siempre unas leyes muy precisas, es más fácil para la tradición jurídica anglosajona que deja amplia discreción al juez en situaciones de opinión, pero a mí no me parece que ésta sea la solución más razonable, creo que el problema debe ser estudiado en profundidad.

En términos políticos, a mi parecer, entre nosotros, en esta fase, como Partido Comunista Italiano, la batalla por la despenalización del haschisch se lleva a cabo, pero sin el mismo entusiamo de los radicales, o sea es un tema que no nos interesa mucho pero sobre el que tenemos un comportamiento positivo, digamos que no es un gran problema, hay muchos otros problemas más importantes pero sí se debierá votar en el Parlamento sobre la despenalización del haschisch, nosotros estaríamos a favor, porque creemos que aunque no sea una batalla por la civilización y el progreso, es la oportunidad de constatar una cosa que ya está en la calle, que sucede, y contra la que es inútil formar barreras.

Un argumento importante para este propósito es el reproducido en el informe del compañero González, que es estúpido en una sociedad en la que el respeto por la leyes disminuye cada vez más, tener leyes que todos con la mayor tranquilidad vulneran, es una cosa tonta que no beneficia a nadie.

Segunda cuestión: Los tratamientos sustitutivos. En los casos de heroína o de opiáceos, se insiste mucho en los informes médicos sobre la inutilidad y la peligrosidad de estos tratamientos sustitutivos, en cambio en el informe de González se dice, basándose en las experiencias inglesas, que esta experiencia puede ser útil; en Italia, durante este último año los tratamientos con metadona y con morfina han aumentado enormemente, creo que en estos momentos en Italia debe haber unos diez o doce mil toxicómanos que toman regularmente metadona o morfina en los ambulatorios públicos. Los resultados de esta elección, a mi parecer, son muy negativos, porque desde el punto de vista terapéutico y rehabilitador, todas estas situaciones son situaciones perdidas, los servicios funcionan de forma automafica dando cada vez mayor cantidad de la sustancia requerida, los toxicómanos van a los servicios públicos solamente para obtener el fármaco cuando no lo encuentran en otro lado. Por lo tanto, lo que disminuye es la petición de tratamiento para la desintoxicación, mientras que se va delineando una especie de continuidad y de complicidad, o sea que el servicio público se convierte en el tráfico organizado, con mayores ventajas que desventajas para el tráfico organizado, ya que cuando el traficante se encuentra en situación de riesgo o de peligro, tiene miedo de algún soplo, de alguna trampa, puede desaparecer durante algunos días, durante una semana o quince días, y hacerse substituir en el mismo sitio, porque mientras tanto no sucede nada, los grupos de toxicómanos van a los servicios públicos y él los encuentra a su vuelta, se establece un sistema de compatibilidad recíproca, tened presente que en Inglaterra, donde se da metadona y morfina desde hace muchos años, el tráfico ilegal no ha disminuído, sino que al contrario ha aumentado más o menos a la misma velocidad que en los otros países europeos, lo que significa que el razonamiento que se hacía al principio de que el sistema público compite con el sistema criminal, es un razonamiento débil, la única ventaja de suministrar estas sustancias en los servicios públicos es que disminuye un poco, aunque no excesivamente, la delincuencia para encontrar dinero para pagar a los traficantes. Disminuye un poco y no muchísimo,

porque efectivamente la persona que vive la experiencia de la droga de forma dramática, como toxicómano, es una persona que se encuentra siempre mal, la cual no posee, digamos, la lucidez de un legislador, o sea que se busca problemas de diferentes formas, pero está siempre dispuesto a aceptar los servicios y las dosis de estos servicios públicos, por lo que vive su relación con estos servicios de un modo agresivo, de desafío continuo y encuentra, digamos, la forma de organizar su vida siguiendo pautas iguales a las que tenía antes de que el Servicio Público diese metadona y morfina para apaciguar esta inquietud que le posee.

Debéis fijaros en el hecho de que la instalación de los servicios que dan con facilidad metadona y morfina, desarrolla un comercio, un tráfico llamado gris, de personas que recogen sus dosis en los ambulatorios, las conservan y las venden, o sea son falsos toxicómanos, difíciles de descubrir, con una nueva fuente de ganancias y un nuevo alimento para el tráfico. Dichas todas estas cosas creo que la actitud a tomar sobre los tratamientos sustitutivos o de auxilio es una actitud más negativa que positiva, a mi parecer, hay solamente una situación en la que se justifica el suministrar metadona, y es cuando se da en el hospital, con un fin de desintoxicación, con una duración limitada, digamos, durante una o dos semanas, tiempo medio diez o quince días.

Existen, además, casos excepcionales en los que una buena relación con el médico puede ayudarse del tratamiento con metadona, siempre que el tratamiento médico no esté basado sólo en la metadona, sino que intervenga también sobre la situación familiar, personal, social, y que la metadona funcione sólo como un bastón de apoyo. Que no se considere a la metadona como la única terapia, que esté encuadrada dentro de un proyecto de tratamiento más complejo. Esta es la posición que yo mantengo en el Partido, compartida por muchos, pero aquí también hay diferencias con la posición del Movimiento Juvenil, que, por el contrario, ha sostenido con una propuesta de ley de iniciativa popular la distribución controlada de la heroína en los servicios públicos junto a la morfina y a la metadona. El tipo de batalla política que los jóvenes comunistas combaten en Italia nos explica el porqué de esta posición, según creo, porque desde que el Partido Comunista se encuentra asociado al poder, aunque siempre en una posición más bien frágil, mucha propaganda radical y de extrema izquierda ha hecho del Partido Comunista el blanco preferido de los ataques del, digamos, conservadurismo moral, viéndonos como un Partido que no es capaz de seguir los problemas de las jóvenes generaciones, que mantiene posiciones cerradas sobre una serie de problemas y demás, creando las bases para una crisis de nuestras juventudes que en los últimos años ha tenido aspectos dramáticos, los inscritos en la Federación de la Juventud del Partido Comunista, del 76 al 79 han disminuído de 10 a 1, con una disminución dramática de los cuadros y del consenso. El intento de recuperación ha implicado a los jóvenes comunistas en una serie de intentos de compren-

der una realidad cambiada de la juventud, basándose quizá en unas emociones más positivas que racionales.

Decía al principio que, sobre este punto, ha habido, por primera vez en la historia del Partido, una ruptura pública entre las iniciativas de las Juventudes Comunistas y la Dirección del Partido, ha habido una fractura externa que después se ha reproducido ciudad por ciudad, sección por sección, en una serie de debates apasionantes y larguísimos. En este último año, todas, o por lo menos el setenta por ciento de las fiestas de L'Unitá, y vosotros sabéis que fiestas de l'Unitá hay en todos los pueblos de Italia, tenían como tema el debate sobre la droga. Ha sido un tema lacerante dentro del Partido y también interesante pues ha consentido la renovación de un diálogo y de una confrontación entre diferentes generaciones de comunistas después de un período de gran frialdad.

El de los tratamientos sustitutivos ha sido seguramente el punto de conflicto más caliente.

Tercera cuestión, la de los otros fármacos: anfetaminas, barbitúricos, creo que entre la situación italiana y la española hay una diferencia sobre la que es interesante reflexionar. Al final de 1965 se hizo en el Parlamento Italiano una ley sobre las toxicomanías, era la primera ley en la que estuvieron de acuerdo parlamentarios, comunistas, socialistas, de la democracia cristiana, socialdemócratas y republicanos, o sea la futura mayoría democrática, y esta ley, una ley de compromiso, con muchos puntos de discusión tenía, sin embargo, un factor relevante y era el hecho de superar las divisiones entre fármacos legales e ilegales, distinguiendo, en cambio, en seis listas, listas basadas en la peligrosidad de las sustancias, los fármacos en orden al control que se debía realizar sobre ellas. En la primera lista se pusieron la heroína y los opiáceos, los alucinógenos, las anfetaminas y los barbitúricos. En una segunda lista se puso el haschisch, como fármaco menos peligroso, pero inútil desde el punto de vista terapéutico. En la tercera, cuarta y quinta lista se incluyeron prácticamente todos los psicofármacos. Las primeras dos listas consideraban unos férreos controles administrativos y un fuerte control penal; las otras listas preveían solamente controles administrativos.

La situación, en breve tiempo, llevó a la desaparición de las anfetaminas en el mercado de la droga, o sea que las casas farmacéuticas dejaron de producir anfetaminas y nadie las echó de menos, lo que quiere decir que las anfetaminas son medicamentos que ya casi no se utilizan para la práctica de la medicina, solamente pueden necesitarse en los hospitales, en los servicios de urgencia para la reanimación de los pacientes, pero para la práctica regular de la medicina han desaparecido completamente. Con la desaparición de estos preparados han desaparecido totalmente las toxicomanías de anfetaminas. Los barbitúricos han quedado para la terapia de la epilepsia, pero han disminuído enormemente para la terapia del insomnio y de las situaciones neuróticas. También las toxicomanías de barbitúricos han disminuído enormemente, han disminuído las intoxicaciones de barbitúricos

que, como sabéis eran una causa de muerte, creo que aquí esto es bastante dramático. Entre nosotros había 5 ó 6.000 muertos al año por barbitúricos, esta cifra se ha reducido al 10% en base a esta drástica ley.

A mí me parece que si en España hay, como hay, toxicomanías de anfetaminas y de barbitúricos, una acción política del Partido para controlar la especulación que se hace con estos medicamentos, con todo el mercado lateral hacia las toxicomanías, puede convertirse en una acción política rápidamente popular, basándose en las indicaciones de la Organización de las Naciones Unidas, que ya son muy viejas, pues hace unos quince años que se nos repiten; creo que España sea uno de los pocos países europeos que no han preparado todavía una legislación restrictiva sobre estos medicamentos (junto a Grecia y Portugal, por lo que yo sé) y creo que es todavía una de las pocas naciones europeas que todavía tiene toxicomanías de anfetamina en sus estadísticas, creo que son cosas sobre las que se debe insistir, ya que este problema lo exponéis de una forma tan amplia.

También por lo que se refiere al alcohol, en Italia y en España tenemos el problema de cambiar el tipo de alcohol que se usa normalmente. Del vino se ha pasado a las bebidas de grado elevado, por lo menos entre nosotros hay una ingente importación de whisky y de otros licores americanos e ingleses, hay un problema de toxicomanías de alcohol que aumenta sobre todo en la población joven. En nuestra propuesta de ley comunista en Italia proponemos la completa abolición de la publicidad de dichas bebidas. Creo que esto es una batalla política que desde el punto de vista económico y político presenta aspectos nada simples y que sin embargo puede ser llevada a cabo con éxito reflexionando sobre el hecho de que nuestros países son grandes productores de vino pero no tienen un gran mercado interno, por lo menos en Italia, de bebidas de alto grado. Quiero de cir que los intereses que defienden estas bebidas no son importantes intereses de grandes categorías de trabajadores, sino que son especiales conjuntos pequeños de comerciantes que mueven intereses. El problema del vino es diferente, pero no creo que se pueda resolver con medios drásticos si queremos ser realistas, existe, sin embargo, el problema de la educación sanitaria sobre la ingestión de vino y etc.

Cuarta cuestión: Sobre la despenalización. La ley italiana del 75 había definido este principio de despenalización del uso y de la tenencia de pequeñas cantidades de droga. Esto ha tenido resultados, digamos, contradictorios, en el sentido que no estando definidas de un modo preciso estas pequeñas cantidades, han determinado por parte de los jueces posiciones muy diferentes. Ha sucedido también entre nosotros que, los más pobres van a la cárcel, mientras que se libran los que tienen un buen abogado o un cierto prestigio social que los defiende ante el juez. Hasta el extremo de que ha habido una sentencia que ha absuelto a un joven romano que estaba en posesión de varios kilos de haschisch, y en el que la defensa sostuvo que, siendo él muy rico como podía demostrar, no tenía ninguna necesidad de venderlo, pero que lo utilizaba para su propio uso. El juez aceptó esta

tesis y lo absolvió. Lo que sin duda es una caricatura pero expresa un problema real. Sin embargo, la despenalización del uso y de la tenencia de dosis que, en ciertos casos son evidentemente pequeñas, ha efectivamente separado de la prisión, de la cárcel, a todos los toxicómanos, que antes eran encerrados solamente por ser encontrados con la jeringuilla en la mano, o sea que esto ha cambiado y un gran número de procesos no se llevan a cabo porque el juez de primera instancia decide que la droga se tiene en cantidades tan pequeñas que no merecen un proceso.

El problema no ha sido resuelto, pero tened presente que nueve décimas de las personas requeridas por la policía no son detenidas y no acaban en prisión, lo que por lo menos es un acto positivo para ellos. El problema sobre el que se está discutiendo y sobre esto el Partido Comunista Italiano (adulto esta vez) ha presentado una propuesta, que a mi entender, es un poco demasiado revolucionaria, es un razonamiento que tiene una cierta lógica, se dice que todo aquél que se encuentra en situación de abstinencia no es responsable de lo que hace, diciendo en principio, que el pequeño distribuidor es a menudo una persona pobre que está obligada a distribuir la droga porque se encuentra en situación de abstinencia.

Se ha llegado a proponer en esta propuesta que cualquier delito realizado en condiciones llamadas de abstinencia, no sea punible y aquí esto evidentemente empieza a tener unos efectos problemáticos, porque una interpretación tan lógica de la posición de Marx, por lo que la mayor parte de la delincuencia común es consecuencia, lo podemos decir así, de una abstinencia sino de heroína, quizá de un trabajo o de cualquier otra cosa a la que se tiene derecho, y esto lleva instintivamente a quien se afilia a un partido como el nuestro a tener una cierta solidaridad aún con quien mata, roba, etc., porque estas personas están mal, pero el problema está en que cuando nosotros aceptamos en una sociedad, que no es la que nosotros quisiéramos, un principio de este género, el problema es muy complejo.

El problema es que las drogas tienen efectos que son congruentes con la voluntad del que comete el delito, pueden facilitarlo, bajan las defensas y exaltan las capacidades, por lo que me parece que esto así formulado es más bien partir de una posición extremadamente avanzada para después tener quizá que mediar probablemente.

Separando de la forma más neta posible los que son víctimas del círculo de la droga, de los que, en cambio, lo gobiernan. El razonamiento que se hace es también muy similar al que se hace ahora sobre el terrorismo, desde hace dos años hay en Italia una ley en la que se proponen importantes disminuciones de las sanciones impuestas a los llamados terroristas arrepentidos, o sea a los que hablan, a los que revelan las diferentes conexiones, etc.

El razonamiento que se hace es el de separar a la persona que ha formado parte de una organización de su relación con esta organización ofreciéndole ciertas ventajas, como la disminución de la pena en el caso del terrorista, o en el caso del pequeño distribuidor de drogas, la disminución o

la exención de la pena, pero sobre esto no soy un jurista para opinar sobre un asunto que parece tan complejo. Me limito a aludir a la que es una tendencia del debate dentro del Partido y en todo el país. Un debate con muchas voces y muchas confusiones, pero del que emerge la necesidad de superar algunas categorías tradicionales del derecho penal, acercándose un poco más a la idea de la penalización que se debe imponer o no imponer en relación a las características psicológicas del individuo y su condición actual frente a la ordenación social, o sea saber qué piensa esta persona, de qué forma lo puedo separar de su relación con la delincuencia más que juzgar en abstracto su acción, ponerla en la balanza y mirar con la aguja cuántos días o cuantos meses de sanción le corresponden. Es una superación del derecho positivo, si soy exacto ¿no? que quizá esté en cierta forma ligada a lo que se hizo en Rusia en los años 20 cuando se intentaba superar el derecho burgués con hipótesis de reflexión sobre la personalidad del individuo, sobre la posible reeducación, con todos los problemas que ello conlleva, porque después esto no se ha resuelto ni en Rusia ni en ningún otro sitio.

Sin embargo una cosa interesante es que el debate sobre la despenalización en el campo de la toxicomanía representa también aquí una llave para afrontar problemas que tienen un alcance mucho más amplio, digamos, es un campo de ejercitación, de encuentro entre posiciones que tienen evidentes reflejos sobre otras situaciones sociales.

Quinta cuestión: los servicios psiquiátricos: Desde el 75 la ley italiana decía que los toxicómanos podían ser admitidos en todos los servicios sanitarios excepto en los psiquiátricos.

La limitación era debida al hecho de que se consideraba a los servicios psiquiátricos en general no aptos para nadie y especialmente inadecuados para los toxicómanos. La situación ha evolucionado en años sucesivos. En el 1979 el Parlamento italiano ha votado una ley que borra completamente a los hospitales psiquiátricos. Con tiempos para llevarla a efecto, pero ya hoy desde hace un año o un año y medio en Italia ninguna persona puede ser ya ingresada en un hospital psiquiátrico a menos que haya estado allí con anterioridad a la ley, o sea, a menos de que se vuelva a entrar.

La posibilidad de volver a entrar termina ahora, desaparece en este mes o sea de forma transitoria los que ya habían estado en hospitales psiquiátricos podrán volver a entrar, pero de ahora en adelante, nadie puede entrar ni volver a entrar. Para el legislador italiano los hospitales psiquiátricos ya no existen, existen todavía para el agotamiento nervioso.

Todos los servicios psiquiátricos están organizados alrededor de los servicios de salud mental que son externos al hospital, que pueden tener, cada servicio psiquiátrico dos o tres camas para urgencias, o sea que pueden tener pacientes que pasen allí uno o dos días a dormir, sin que esto suponga una verdadera estancia en el hospital, hay dos o tres habitaciones, están las camas y una enfermera que se queda de noche. Esto ha supuesto, como podréis entender, un enorme cambio y yo creo que es una cosa sobre la que hay que reflexionar bien, porque pienso que ha sido una de las cosas más impor-

tantes y de progreso que han sucedido en Italia en los últimos veinte años.

Yo he hablado con psiquiatras españoles de los hospitales psiquiátricos españoles, he visto los hospitales franceses, he visto los americanos, no he podido ver los rusos porque no hay forma de verlos, pero por lo que me han contado, la situación es tremenda en todas partes, o sea, los hospitales psiquiátricos son lugares en los que no se realiza ninguna cura y en los cuales se custodia y se gestiona al enfermo; por lo que está escrito en vuestros informes me parece que coincidimos en el mismo juicio. La superación de los hospitales psiquiátricos es un intento de afrontar en su terreno, en la familia, en la escuela, en el lugar de trabajo, los problemas de los ex pacientes, tiene un alcance de la mayor importancia. Sabéis que en Italia ha habido un proceso muy grande alrededor de Franco Battaglia, psiquiatra muerto desgraciadamente en agosto de este año, y después en muchas ciudades ha habido un gran proceso de cierre político de los hospitales que ha precedido al cierre dictaminado por la ley.

Ahora hay dificultades sobre este proceso porque los problemas del hospital llevados afuera explotan y pueden provocar el intento de suicidio, la situación familiar insostenible. Me parece que es un proceso imparable y que corresponde a la apertura de servicios que se ocupan de la gente y de sus problemas, previendo su hospitalización, evitando la hospitalización. Naturalmente se necesita un tipo de preparación diferente a la que se daba en los hospitales, hay que dar menos medicamentos, no es cuestión de contener a los pacientes, no se les puede atar, el problema es ir hacia una capacidad de terapia fundada en instrumentos psicológicos y de intervención social. A mí me parece que estamos en una importante línea de progreso. En lo que respecta a los toxicómanos, la idea de que ellos puedan obtener algún mejoramiento en un hospital psiquiátrico es absolutamente absurda. Creo que sea justo, en el debate político que se desarrolla sobre este argumento, proponer con claridad este aspecto del problema, o sea, que no hay ningún motivo para que se finja que aquí se curan. Esto no les ayuda en nada a ellos y no ayuda a nadie. En la ley italiana, la cura de los toxicómanos se debería realizar, llegar a esta conclusión ha costado mucho tiempo, no en centros especializados, sino en ambulatorios y en los normales servicios del hospital. La idea que proponía la ley era que no se debería concentrar a los toxicómanos juntos. Esto se ha perdido en los últimos meses, ha habido un ministro socialista, Niasi, que ha sacado un decreto por el que ha facilitado enormemente la distribución de metadona y de morfina con lo que ha multiplicado el número de servicios sociales, como decía anteriormente donde los toxicómanos van, cogen sus dosis de morfina y de metadona y vuelven al día siguiente. Pero toda la fase precedente ha provocado el nacimiento de interesantes iniciativas, o sea iniciativas de integración del toxicómano en terapias comunitarias, hay comunidades agrícolas, comunidades de trabajo, que han nacido por iniciativa o de grupos religiosos o de grupos cercanos a nosotros, a nuestro partido y que conciben el trabajo con el drogadicto como una reorganización desde el principio de su vida, rodeándoles

por un cierto tiempo de un ambiente de vida y de trabajo. Naturalmente existe el problema de la decisión inicial de entrar en estos sitios, de hacer aceptar sus reglas, pero un elemento fundamental es que, en general, no todos son drogadictos, sino que hay jóvenes inadaptados de diferente origen, digamos, y la drogadicción se ve solamente como forma posible de inadaptación y no como una específica enfermedad.

Yo querría concluir proponiendo dos temas de reflexión, uno más teórico, de reflexión teórica, yo creo que Italia y España están es una situación muy parecida, son países que están viviendo una fase de transición de una organización capitalista social más tradicional a una organización capitalista variadamente definida, con puestos industriales, «welfare state», un capitalismo maduro, son diferentes modos de definirlo.

En los hospitales psiquiátricos italianos de hace veinte años, un sólo médico, que a menudo era un médico que trabajaba también fuera del hospital, era suficiente con la ayuda de un centenar de enfermeros que solían ser campesinos que habían hecho un pequeño surco durante un par de meses, para llevar adelante un hospital con seiscientos o setecientos pacientes. Esto sucedía también en las ciudades del Norte, no sólo en provincias, en las pequeñas ciudades.

Ahora hay un standard de un médico cada veinte enfermeros, los enfermeros deben ser seis por cada veinte enfermos porque hacen turnos y etc., los costes de la asistencia psiquiátrica han aumentado extraordinariamente.

Por otra parte, el número de personas que son incapaces de funcionar solos, en la sociedad industrial, aumenta progresivamente, los ancianos, cada vez en mayor número porque aumenta la edad media, que son excluídos de todo proceso productivo y que no tienen lugares de reunión donde asociarse en las ciudades en que viven, y en una situación en la que se reduce la necesidad de mano de obra utilizable, un gran número de personas, inmaduras cultural y tecnológicamente, las cuales deben vivir en una situación de marginalidad obligada, el aumento de los costes y el aumento de los usuarios, son dos hechos que juntos hacen explotar a cualquier economía de cualquier país moderno.

Ronald Reagan cuando era gobernador de California fue el más listo, el más rápido de los desinstitucionalizadores, cerró un gran número de cárceles, transformó las medidas de seguridad y de vigilancia externa en lo que concierne a las cárceles y las que ellos llaman «half way houses» o casa a medio camino para los ex pacientes de hospitales psiquiátricos, potenció la administración de la dosis de metadona y la pensión para los toxicómanos, como instrumentos clave de esta política. Enviar a una persona con una pensión y su dosis de metadona a una zona de la ciudad que esté suficientemente delimitada, los ghettos que se están volviendo a crear en todas las grandes ciudades americanas, cuesta mucho menos que tenerlas en un hospital o en una cárcel. Este es el razonamiento. Poner a una persona en un antiguo albergue en el que esté terapéuticamente estimulado a arreglarse la habitación,

hacerse la cama y demás, cuesta mucho menos que mantenerlo en un hospital psiquiátrico. Estos son los principios y son claramente principios férreos, no hay duda que esto es así. Digo estas cosas porque estoy convencido del hecho de que la batalla por la apertura de los manicomios, por la disminución de las penas también en el campo de la toxicomanía, por la distribución de fármacos sustitutivos, todas estas batallas son batallas en las que curiosamente países como Italia y España se encontrarán convergencias con los más progresistas y los más conservadores. Se producirán convergencias de hecho, naturalmente con ideas y contenido diferentes pero con una uniformidad de paso intermedio, si queremos, que plantea enormes problemas porque se definirán bloques de interés social absolutamente aparentes e irreales. Esto plantea problemas políticos de gran relieve, a mi parecer, en el sentido de que puede haber una gran desorientación entre las fuerzas progresistas y un Partido Comunista debe tener la capacidad de proponer un análisis lúcido de estos roblemas para hacer entender cuáles son los puntos de contacto eventualmente utilizados, pero para tener bien claro cuál es el punto límite de esta alianza parcial.

Apertura de los hospitales psiquiátricos. Es absurdo pensar que del cierre de los hospitales psiquiátricos se pase a una comunidad cerrada como los antiguos albergues en la periferia de las ciudades. Esto está claro. Ahora para nosotros abrir los hospitales significa que la gente vuelve a su territorio, ayudada a estar allí.

Y ahora sobre la cuestión de dar metadona y morfina en los ambulatorios. Para nosotros la batalla es contra estas soluciones, que son soluciones normalizadoras. El problema es que tenemos que hacer un detallado análisis de cada mecanismo, de su significado, de los costes sociales que tiene para no ser utilizados como cobertura de un dibujo que en el fondo es profundamente reaccionario. Yo creo que, en el debate político entre las fuerzas de la izquierda, se deba hacer un detenido análisis de estos mecanismos, yo los he hecho ahora, he intentado estimular una reflexión que, a mi parecer, referente a la particular situación de nuestros países, está todavía por hacer, al menos entre nosotros está todavía por hacer.

Segunda y última cuestión. Es posible para los Partidos Comunistas italiano y español, poner en marcha una iniciativa que tenga un significado de posición interncional de los partidos comunistas sobre los problemas de la droga, digamos eurocomunistas, que es una posición un tanto especial. Pero yo creo que sería posible y habría que reflexionar. A propósito de un punto, que es un punto crucial, el problema del tráfico, existen muchos estudios a nivel de las Naciones Unidas que demuestran con claridad que es por lo menos razonable pensar que una gran inversión económica de las Naciones Unidas para la transformación agrícola de las zonas en que se produce opio, transformación que es posible mediante inversiones, hay que llevar agua a estas zonas para volverlas más fértiles, el opio crece en terrenos secos y es el único recurso de campesinos pobres. La transformación de un cierto número de zonas agrícolas, que son conocidas, dedi-

cando a esta transformación una cantidad de dinero que seguramente no es superior al que se gasta en las medidas policiales contra el tráfico, podría golpear al tráfico en su base. ¿Por qué los Partido Comunistas no podrían tener una iniciativa en este sentido? Por que el gran obstáculo al proyecto y puesta en marcha de estos programas está justamente en cuestiones ligadas al proceso de distensión internacional y a aquellas zonas en las que la conflictividad es más caliente, entre la Unión Soviética y los Estados Unidos o entre radios de acción de los Estados Unidos y esferas de la Unión Soviética.

Los puntos cruciales son el Irán, Turquía y el triángulo de oro en el confín entre Laos, Birmania y Thailandia, Thailandia fundamentalmente, como estructura, como país.

Sobre estas cosas creo que un organismo como el de las Naciones Unidas, si llegara a ser representativo de los intereses de la colectividad, y no como en muchos casos se convierte en elemento que registra las contrariedades y los bloques recíprocos de iniciativa, podría funcionar. El de la droga es un tema sobre el que se puede movilizar a la opinión pública, si se hace ver la posibilidad de una solución, no digo definitiva, pero en fin, importante; por lo menos en Italia los niveles de alarma que hay ahora sobre el problema de la droga son enormes, la opinión pública vive este fenómeno en un modo extremadamente dramático, y yo he tenido la sensación de que también aquí pasa algo parecido. Hace un año, un año y medio, he visto grandes carteles de publicidad antidroga, no sé si esto sucedía entonces, pero creo que esto continúa, y es natural que sea así porque España está en una fase de expansión del mercado de la droga y del número de toxicómanos, por lo que hay una reacción de la sociedad civil que es de miedo y de rechazo frente a un fenómeno inaceptable. Conseguir traducir en una inicitiva política un hecho de esta clase quizá sería importante, me parece que es un tema sobre el que reflexionar.

COMUNICACION DE LA UJCE

JOSEP PALAU

En mi intervención deseo hacer algunas consideraciones sobre la relación drogas-juventud.

Sean las primeras palabras precisamente para combatir la idea que asocia, que establece relación directa entre drogas y juventud, vinculada a la falsa división entre drogas legales e ilegales, adjudicando lo nocivo y perverso a las ilegales y éstas a la juventud. Sin embargo, el problema de la droga se extiende y generaliza a todas las capas de la población, sea como drogadicción, vulgarmente entendida, o sea como alcoholismo o farmacodependencia, en la medida en que nace en las entrañas mismas de la sociedad, de sus contradicciones y relaciones clasistas. Frente al falso droga-juventud, hay que reivindicar la verdadera relación droga-sociedad.

La relación droga-sociedad es la del impulso a la huída de la realidad, que las angustias creadas por las contradicciones sociales generan. Parafraseando a Marx, podríamos decir que en «el reino de la necesidad» surge la «necesidad de la droga». Y la droga, como necesidad, configura a la droga como problema. Lo que en principio no es más que una cuestión de sustancias capaces de producir sensaciones placenteras se convierte en conflicto en la medida en que el placer obtenido pretende sustituir el desplacer de la realidad alienante, opresiva y, en la medida en que la huída de la realidad no mejora la realidad, se aprecia el círculo del encadenamiento, la droga como problema social. La droga como necesidad es un producto de la sociedad de clases, de la explotación, de la injusticia y las insatisfacciones sociales.

Ese es el papel que ha cumplido el alcohol durante siglos en las civilizaciones occidentales, como el opio en las asiáticas, el hash en las arábigas, la cocaína, el tabaco y la marihuana en las precolombinas; en todos los casos con roles místicos otorgados por las respectivas religiones. La expansión del comercio, y, más tarde, del colonialismo y el imperialismo van a provocar el contacto del hombre occidental con esas drogas exóticas, utilizadas como mecanismos de sometimiento colonial; las sustancias exóticas son traídas (siglos XVIII-XIX) a Europa por funcionarios imperiales, mercenarios, marineros y en ciertos ambientes literarios se exaltan sus virtudes como fuentes de inspiración (Balzac y Baudelaire). En algún caso

(tabaco) se incorpora plenamente a los hábitos y civilización, siendo industrializado y creándose grandes trusts. El capitalismo moderno, monopolista ha convertido, más tarde, en grandes maquinarias de comercialización, masificando el alcohol y el tabaco y ha introducido las drogas del siglo: los psicofármacos, la más masificada, los más peligrosos y plenamente legalizados.

El mito de la droga ilegal, vinculada a la delincuencia, y asociada al hecho juvenil es un fenómeno de los años 60 y su origen en EE.UU., en una enorme explosión de movimiento juvenil: contra la guerra de Vietnam, los derechos civiles, el Black Power, Beat generation, etc. Toda una generación plantea su rebelión al modo de vida americano y aparecen el hash y los alucinógenos como reivindicación de nueva forma de vida, politizada en función de la ligazón de esas sustancias con el ghetto negro y sus manifestaciones culturales (jazz, blues, etc.). Las contradicciones misticistas y oníricas del movimiento y la pasividad de la clase obrera americana, permitieron la integración de la rebelión juvenil americana, comercializando la contracultura, institucionalizando el hash y los alucinógenos como «ilusión de rebeldía» o «ilusión de libertad», fomentada y controlada por las clases dirigentes.

Por otra parte, también el Mayo-Junio francés, y, más allá, europeo, introduce esas sustancias como elementos de rebelión cultural, vinculados a la admiración orientalista (solidaridad anticapitalista) y también ahí la falta de salidas que el movimiento encuentra facilita la conversión en falsa salida nihilista de rechazo a lo establecido, mediante la despreocupación absoluta de todo lo que ocurre a su alrededor.

Y así ha quedado institucionalizada la relación juventud-drogas ilegales: canal estéril de expresión del rechazo a lo establecido; la ilusión de la falsa contestación. La droga ilegal como respuesta antipaternal a la droga legal de los padres; la droga ilegal ideologizada como el atractivo de lo prohibido, lo perseguido. La droga ilegal como identidad juvenil ante la cotidianeidad agresiva y despersonalizadora, que se identifica como el mundo adulto. La cultura del porro expresada con aquello de «unos pisan la hierba, otros la siegan, nosotros nos la fumamos», frente a la cultura de las drogas adultas expresada en aquello de «el hombre guapo huele a vino y a tabaco».

El aumento espectacular del consumo del porro entre los jóvenes guarda, sin duda, relación con el agravamiento de la crisis y sus consecuencias en el mundo juvenil: progresiva pérdida del valor del trabajo, descualificación, falta de perspectiva social y profesional, bloqueo a la inserción social de enormes masas de nuevas generaciones por ruptura de los mecanismos tradicionales. Pero ese aumento tiene un paralelismo espectacular con el aumento del alcoholismo y los fármacos entre otras capas de la población: el fenómeno es global y vinculado a una crisis global.

Pero la trampa del mecanismo ideológico en lo que a la juventud se refiere está en la ilegalidad de los derivados del cáñamo, el porro. Por-

que es esa ilegalidad la que crea la mística de la droga prohibida. Porque es esa ilegalidad la que facilita el tránsito del consumo del porro al de la droga dura o peligrosa en tanto que están todas en el mismo saco de la ilegalidad y en la medida en que los mecanismos de distribución son los mismos. Porque es esa ilegalidad la que crea vínculos entre un mundo juvenil que ha integrado en plena naturalidad al porro en su cotidianeidad y el mundo de la delincuencia, el hampa, que es quien garantiza su distribución en tanto sea ilegal.

Hoy, el porro está masificado. Este es un hecho irrebatible. Legalizar es normalizar ese hecho. La normalización de la disposición y venta del porro aumentaría su consumo, se dice, es posible, respondo, pero rompería los mecanismos de evasión, la ideología de la droga. Cabría preguntarse si la «ley seca» de los EE.UU. en los años 30 disminuyó o aumentó el consumo del alcohol en mecanismo de desviación de la atención de los trabajadores norteamericanos en un momento de aguda crisis económica.

Por último, señalar cinco propuestas de líneas de acción concreta, a nuestro entender:

1) La separación del concepto cannabis o derivados del concepto penal «estupefacientes», con lo que sería despenalizado su uso y distribución.

2) Una legislación especial, como la que hace referencia al tabaco, debería regular la venta legal del cáñamo (porro) como monopolio del estado.

3) Prohibición de la publicidad de todas las drogas.

4) Planificación de campañas sanitarias, no moralistas, antitabaco, antialcohol, antifármacos y, sólo en ese contexto, antiporro, en la sociedad y en las escuelas en particular.

5) Despenalización de la drogadicción para dejar de considerar delincuente y tratar como enfermo a todo drogadicto, como ya se hace con el alcohólico, creación de centros especializados a todos los niveles... Papel de ayuntamientos y comunidades autónomas.

Esto es lo que hoy podemos hacer siendo conscientes de que la auténtica superación del problema se encuentra en la transformación social y cultural del país se halla en nuestra propia capacidad de ofrecer una alternativa viable a la crisis de valores, una alternativa humanizante, renovadora, susceptible con su capacidad entusiasmante de ser más atrayente la lucha por ella que cualquier falso paraíso.

Cuando la droga no vaya aparejada a la idea de evasión la batalla estará parcialmente ganada. Cuando no haya porqué evadirse, la batalla estará ganada en su totalidad.

Intervención de
ENRIQUE CURIEL

Ayer, en la Comisión Segunda, la Jurídica, afirmé que, en primer lugar, nosotros tenemos que desechar la idea de que los comunistas seamos neutrales sobre el problema de la toxicomanía. Creo que nosotros no somos neutrales, y cuando digo «no somos neutrales» me refiero al hecho de que no nos resignamos a convivir con el problema: queremos buscar sus causas, establecer sus orígenes y analizar también todo el fenómeno y toda la cultura que se sugiere sobre esta cuestión.

Y no somos neutrales por dos razones fundamentales: primera, porque si como ayer se decía en alguna ponencia, como hipótesis de trabajo, es cierto que el fenómeno de la toxicomanía tiene una componente fundamental en un intento de huir de la realidad, en la medida en que esta realidad cotidiana que se nos ofrece, es una realidad desagradable, si es así, como hipótesis de trabajo, creo que aquí también podríamos parafrasear la famosa tesis ya citada por Muñoz Conde, en el sentido de que nosotros no queremos huir de la realidad, sino que queremos transformarla; por consiguiente no podemos ser neutrales si es cierta esta primera hipótesis.

Y en segundo lugar tampoco podemos ser neutrales porque creo que también, como decía Cancrini, me ha sugerido una reflexión —y Federico Alvarez se refería a ella— la idea de la toxicomanía como una enfermedad con contenido de clase. Ahí se abre una reflexión; quizá para los que estamos alejados de estos problemas sea algo más nuevo, y para los que estáis más cercanos a ellos sean temas ya conocidos, debatidos, pero intento colocarme desde la perspectiva de la gran mayoría de los comunistas, para los que este tema va a ser un tema nuevo y sobre el que gravitan dificultades e incógnitas.

Por las razones expuestas los comunistas no sólo no debemos ser neutrales sino, por el contrario, beligerantes. Pero esa beligerancia, o esa no neutralidad, no debe significar que los comunistas ofrezcamos ante este fenómeno una imagen de superficie deslizante, y me explico: para nosotros es un problema o debe de ser un problema, que debemos huir de autoprotegernos con una condena ideológica sobre esa cuestión, porque eso es instalarnos en una moral que, en cierta manera, conecta con una condena ge-

nérica, nos sentiríamos autocomplacidos en esa condena y eso nos llevaría a ignorar o a no escudriñar hasta el final en las causas profundas y en las medidas que pudiéramos adoptar.

Por eso debemos de adoptar una actitud abierta respecto de todo eso que es llamado contracultura, y que no situaría entre ellos y nosotros. Me siento personalmente identificado con valores contraculturales, que entiendo que tienen un contenido revolucionario importante hoy.

Hay nuevos valores que están surgiendo —otra cosa es que sean manipulados, o que tengan una salida no transformadora de la realidad—; creo que hay un nuevo valor de autenticidad en ese movimiento contracultural «versus» doble moral, «versus» hipocresía social. Hay un nuevo valor de nueva solidaridad, de solidaridad frente a la vuelta a la vida privada y a la, digamos, alienación individualista. Y en ese sentido nosotros cometeríamos un error si ofreciéramos la imagen de que los comunistas somos una especie de superficie impermeable sobre la que se deslizan estos problemas, que somos absolutamente incapaces de absorber y de transformar los valores que aquí hay y que son valores de contestación —digámoslo así— a una realidad cultural, de la que nosotros tampoco nos sentimos parte y queremos cambiar.

En este orden de ideas hay tres niveles distintos de actuación y que podríamos abordar.

El primero sería establecer que lo que hemos hecho aquí este fin de semana es un comienzo de un debate en el Partido sobre un tema acerca del cual éste tiene que sensibilizrase y, en este sentido, la primera línea de actuación debe ser la de someter a la dirección del Partido lo que aquí hemos elaborado y la preocupación y la voluntad de seguir adelante. Pues la eficacia de lo que aquí hayamos hecho depende de la continuidad; hay una relación directa entre eficacia y continuidad que parece evidente.

Segundo, es importante el que se haya creado un colectivo que no debería diluirse. Entiendo que este tema va a ser polémico en el Partido y va a haber dos actitudes claramente definidas: por una parte quizá actitudes de condena genérica, de autocomplacencia en una moral nuestra, muy nuestra y muy endogámica, que sería un error grave; y, por otra, nos encontraremos también con una actitud de simple convivencia con el hecho, que calificaría de un falso progresismo o de progresismo estético, para entendernos, que también sería un mal planteamiento de la cuestión.

Se ha de abordar también el tema de las instituciones. Uno de los problemas graves que está percibiendo hoy el español medio en la calle es que, en cierto modo, hay fenómenos sociales que transcurren y se están desarrollando fuera de las instituciones, fuera del Estado, fuera de los mecanismos que la sociedad democrática, a la que en estos momentos hemos conseguido llegar, tiene instrumentados. Hay problemas sociales cuya vida, cuya dinámica transcurre al margen del Estado, al margen de las instituciones democráticas. Creo que la actitud de los comunistas debe ser precisamente la contraria: trasladar esos problemas sociales con toda su

complejidad y con toda su dinámica a las instituciones, no para que tengan allí su exclusivo marco de resolución, que no va a ser allí solamente, pero sí para intentar acercar (eso que hemos intentado hacer en muchas ocasiones) esas instituciones democráticas a la calle y establecer una nueva relación que permita hablar no de una democracia limitativa, sino de una democracia participativa, del prestigio de las instituciones de la democracia, etc.

Es claro que no podemos seguir la pauta conservadora de creer que condenando la manifestación del problema desaparece el problema. Tendríamos que ir con esa cuestión al Parlamento y en ese sentido haríamos una propuesta al Grupo Parlamentario y a la dirección del Partido que, básicamente, podría ser la siguiente: Es evidente que el tema va a salir ya por razones obvias, en el sentido de que ahí están ya las enmiendas al Código Penal y, por consiguiente, va a haber un debate importante sobre legalización y despenalización de determinadas sustancias, el tema del cannabis, etc. A mí me preocupa especialmente que nosotros no acertaremos a establecer una estrategia parlamentaria que nos permitiera llegar a ese debate con una mínima clarificación ante la opinión pública de lo que vamos a discutir. Porque en un país como España, que todos los que estamos aquí conocemos, donde un tema como éste tiene una carga ideológica brutal, como lo va a tener el tema del aborto o el mismo tema del divorcio; yo tengo un enorme temor de que si los comunistas, que somos los únicos que hemos planteado una política clara y diáfana sobre esta cuestión, vamos al debate en el Parlamento —va a ser un debate con una gran repercusión social y cultural de masas, etc.— sin establecer antes unas vías, unas estrategias mínimas, que nos permitan clarificar hasta el nivel que podamos estos temas que incluso entre nosotros estamos discutiendo, me temo que va a ser un debate enormemente ideologizado y que va a ser muy fácil su manipulación por la derecha de este país contra nosotros; muy fácil.

Por consiguiente, lo que se abre ante nosotros ahora mismo es la necesidad de perfilar una estrategia parlamentaria que nos permita, cuando menos, iniciar una ofensiva pública sobre la cuestión y que podría ser instrumentada a base de dos iniciativas.

Primera: Aquí hay material suficiente, que puede ser completado para preparar una moción, una «Proposición no de ley» que recogiera algo en lo que Santiago Torres ha insisitido en repetidas ocasiones, y que yo vuelvo a recoger y a insistir también; y es en el tratamiento global que debemos darle a la cuestión. Es decir, que efectivamente, y conecta con lo anterior, que no vayamos al debate del Código Penal para hablar de si legalizamos o no legalizamos el porro, que vayamos a un tratamiento de globalidad de todo el problema. Por consiguiente, una proposición no de ley en la que pudiéramos abordar, desde esta perspectriva de globalidad, toda la problemática de la toxicomanía, desde las drogas legales ahora, hasta las ilegales y cuál es la política de prevención, educación, información, todo lo que podríamos proponer. Porque en ese sentido adquieren coherencia las

propuestas de lo que vayamos a hacer con el Código Penal; sin esa coherencia interna apareceríamos ahí como un Partido más o menos testimonial, queriendo conectar con determinados sectores de la sociedad, en fin, sin un debate riguroso y profundo de la cuestión.

Por eso creo que tendríamos que ir a esa proposición no de ley, que debería de estar muy documentada, seria, bien preparada. De las cinco ponencias que ayer se examinaron creo que hay un material para hacer una buena proposición no de ley, cuyas propuestas fundamentales deberían ser las resoluciones de esta reunión previo debate, lógicamente, por el Grupo Parlamentario y por la dirección del Partido, incluso con cosas que pudiéramos ampliar.

Segunda cuestión, que yo comentaba antes con Riera. Tendríamos que solicitar la creación de una comisión especial del Congreso sobre el tema de la toxicomanía, porque eso nos permitiría: primero, adoptar una actitud claramente a la ofensiva en la cuestión y que no sea solamente una responsabilidad del Grupo Parlamentario comunista la moción en sí misma, sino que obligaríamos a todos los grupos parlamentarios, a todos los partidos políticos, a adoptar una actitud de estudio rigurosa para evitar condenas generales ideologizadas. Y, además, esa comisión especial nos permitiría dos cosas importantes: primera, un volumen de información importante del que en estos momentos carecemos —cuando digo carecemos, en el sentido de que ayer hablábais de la incapacidad o la no voluntad de la Administración para facilitar determinadas informaciones—, uno para eso; segunda, y a mí me parece muy importante previo el trabajo que puede hacer esa comisión, para un problema de control de la Administración. Porque si somos capaces de hacer esa comisión especial, y esa comisión especial debería tener una misión de controlar la Administración, es decir, que no se vuelvan a producir hechos como la famosa campaña de «La droga mata», que resulta que al final nos encontramos, como decía ayer Santiago, que es una iniciativa «creadora» de seis o siete agencias de publicidad que, sin encomendarse en esto ni al Gobierno ni al diablo, se lanzan a una campaña de esas características. Creo que eso no puede ocurrir, que hay que controlarlo y hay que ir desde esa comisión especial, a plantear todos los temas de prevención, de educación, de publicidad que no exigen una ley, exigen simplemente decretos, medidas de un nivel parlamentario y legislativo mucho más rápido.

Creo que es por el Parlamento por donde deberíamos avanzar; si estamos de acuerdo, por ahí deberíamos avanzar. Vamos a ver cómo se desarrollan las cosas.

Evidentemente hay otra cuestión que sería todo el tema de la actuación nuestra en la Administraciones autonómicas, locales y provinciales. Sobre eso, lógicamente, me abstengo de opinar, en el sentido de que es un tema que habrá que plantear en el Partido o en los órganos correspondientes para saber qué estamos haciendo: yo en estos momentos no lo sé,

la verdad es que no lo sé, pero que es un tema a ver qué estamos haciendo en las administraciones autonómicas, locales y provinciales.

Y, por último, creo que tenemos una tercera componente que sería el tema de la opinión pública. Estamos todos de acuerdo en que uno de los problemas fundamentales que más cargan de ideología esta cuestión, es el de que hay una enorme desinformación voluntaria, generada desde la propia Administración, con la cual se manipula. Es decir, es una desinformación interesada y con una carga ideológica, también, que pretende dramatizar el tema, cargarlo de toda una serie de connotaciones de tipo ideológico, moral, etc., y tenemos también una gran tarea, a mi juicio, en el sentido precisamente, de contrarrestar esa desinformación política, ideológica. Yo en estos momentos no tengo propuestas concretas, pero sí tendríamos que pensar en una actividad continuada en la medida en que también el Partido vaya asumiendo esta cuestión, sin lo cual no podríamos dar tres pasos porque nos quedaríamos en un círculo muy cerrado, pero sí en la idea de ir a una —en la medida que el Partido lo vaya asumiendo y vaya acometiendo iniciativas que sean positivas—, ir creando ese clima social, yo diría ese clima cultural nuevo, desdramatizando un tema que ayer nos decía Luigi Cancrini que en Italia lleva resuelto más o menos desde hace algún tiempo.

Estamos, también, insertos en un ámbito geocultural que nos permite plantear en España, con toda seriedad, pero también con toda contundencia, un tema sobre el que nosotros debemos ser, por qué no, un poco pioneros. Quizá esto tenga un coste y haya alguna divergencia dentro del Partido, pero mi opinión desde luego es ésa.

Si las cosas pueden ir por ahí en cuanto al tema del Partido y en caunto al tema del Parlamento, creo que por ahí deberíamos continuar. En la parte que a mí me pueda corresponder como Secretario del Grupo me comprometo a que esto lo llevemos adelante y, en primer lugar, a proponerlo así a los órganos correspondientes del Partido.

BIBLIOGRAFIA

AIZPIRI, X.: «Contribución a la etiopatología del alcoholismo». Academia Ciencias Médicas Bilbao. 1975. *«Drogalcohol»*. Octubre 1976.

ALONSO, E.; FREIXA, F. y cols.: «Trabajo psico-social con enfermos alcohólicos». *Rev. Trab. Soc.* 49-50. 1973.

ARNAO, G.: «Rapporto sulle droghe». Feltrinelli, 1976.

ARTELLS, J. J.: «El càlcul dels costos socials de l'Alcoholisme: una revisió». Simpòsium: Reinserció social dels alcoholics. Generalitat de Catalunya.

BACH, Ll.; FREIXA, F.: «Qué es el Alcholismo». Editorial La Gaya Ciencia. 1977.

BASELGA, J.: «Problemes laborals de l'alcoholic. Contribució de la Medicina del Treball a la seva Prevenció i Rehabilitación». Actes Congres de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Reus 1980.

BIRON, A.: «Drogues. Toxicomans et toxicomanie». Hermann. París. 1979.

BLUMIR, G.: «Eroina. Storia e realtà scientifica. Diffusione in Italia. Manuale di autodifesa». Feltrinelli, 1976.

BOGANI, E.: «El alcoholismo como enfermedad social». Plaza Janés. Barcelona, 1975.

BRAU, J. L.: «Historia de las drogas». Bruguera. Barcelona, 1972.

CAMI, J.; TORRES, S. de: «El consum il.legal de drogues». Actes Congrès de Metges i Biolegs de Llengua Catalana. Reus. 1980.

CANCRINI, L., y cols.: «Le Developpement de l'Alcoholisme en Italie». Revue de l'Alcoolisme, 22. 1976.

CANCRINI, L.: «Esperienze di una ricerca sulle Tossicomanie Giovannili in Italia». Mondadori. Milán. 1973.

CANCRINI, L.: «Tossicomanie». Editori Riuniti, Roma. 1980.

DE CARO: «Tossicomanie nella società moderna». 1980.

ESTEVEZ, J.: «Diagnóstico, evolución y tratamiento del alcoholismos en la empresa». Comisión Seguridad Industria Siderometalúrgica. ENSIDESA. Avilés. 1973.

ENZO D'ARCANGELO: «La droga nella scuola». Einaudi. 1977.

FOUROBERT, L.: «El riesgo alcohólico en la empresa». Asoc. Cántabra Med. Seg. Trabajo. Santander. 1979.

FERRAROTTI, F.: «I giovani e la droga». Liguori. 1977.

FREIXA, F. y cols.: «Problemática de la patología generada per l'ús de begudes alcohòliques». Actes Congres de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Reus. 1980.

FREIXA, F. y cols.: «Las Toxicomanías». Un enfoque interdisciplinario. Fontanella. 1981.

GARZA, F. de la; y cols.: «Adolescencia marginal e inhalantes». Ed. Trillas. México. 1977.

GONZALEZ, C.: :Aspectos legales del problema de las drogas». Nuestra Bandera (en prensa), 1981.

JERVIS, G.: «La ideología de la droga y la cuestión de las drogas ligeras». Cuadernos Anagrama. 1977.

LAMOUR, C.; LAMBERTI, M.: «Il sistema mondiale della droga». Einaudi. 1973.

LAPORTE, J.: «Les Drogues». Edicions 62. Barcelona. 1976.

LAPORTE, J. R.: «Informe sobre la droga». Nous Horitzons, n.° 36, 1977.

MENDOZA, R.: «El tabaco como droga contaminante. Epidemiología del tabaquismo en nuestro país». Actes del Congrès de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Reus, 1980.

OLIEVENSTEIN, C.: «No hay drogados felices». Ediciones Grijalbo. 1979.

RUSCONI, M.; BLUMIR, G.: «La droga e il sistema». Edizione aggiornata. Feltrinelli. 1977.

TORRES, S. de: «Elements per a un debat sobre les Drogues». Nous Horitzons (en prensa), 1981.

VARI: «Droga e linguaggio» Marsilio. 1976.

WELLS, B.: «Droghe psichedeliche». Feltrinelli. 1977.