

**ASPECTOS SOCIO SANITARIOS DE
LAS DROGODEPENDENCIAS**

F. FREIXA

*Médico. Cap. Secció de Drogodependències
Departament de Sanitat i Seguretat Social
Generalitat de Catalunya.*

ASPECTOS SOCIOSANITARIOS DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Cuando se enfrentan la opción exclusivamente jurídico-política de la problemática del uso de determinadas sustancias con capacidad de crear dependencia y una concepción sociosanitaria, surgen necesariamente opiniones diversas condicionadas a nuestro criterio porque los aspectos del Derecho que se ocupan de drogas, que podrían ser ejemplarificadas en el Código Penal van a la zaga de la realidad social¹.

CONCEPTO DE DROGODEPENDENCIA

La drogodependencia a partir de la década de los 60, ha dejado de ser en las sociedades industrializadas (desarrolladas o en vías de desarrollo) un trastorno exquisito y de minorías, para convertirse en un fenómeno epidemiológico, de hecho en un fenómeno de masas. Los criterios epidemiológicos de incidencia, (número de casos nuevos detectados durante un año), prevalencia (número de casos existentes de una determinada patología en un momento determinado), la orbilidad (trastornos sociobiológicos que condicionan patologías sociales y sanitarias) y finalmente la mortalidad, concepto que evidentemente siendo comprendido y entendido en el terreno legal y el terreno sanitario, no se tiene de su posible prevención, la misma estructura de desarrollo discursivo. Para los sanitarios, los médicos, los profesionales de Servicios Sociales, estos cuatro criterios son totalmente definitivos para el abordaje de cualquier tipo de problemática².

Hay que significar en referencia a la morbilidad, que el concepto actual de la misma se refiere, no tan solo a los aspectos estrictamente biológicos del enfermar, sino de todas las actividades relacionadas con: salud, enfermedad y bienestar de una población. No tan solo nos referimos pues, el estado biológico-sanitario sino a la organización de los sistemas de Servicios de Enfermedad y Salud que a su vez se

1. SANCHEZ CONCHEIRO, M.T., FREIXA, F. y cols. *La problemática sanitaria en las prisiones una propuesta alternativa*. II Jornadas Penitenciarias Andaluzas, Jerez de la Frontera, Diciembre 1983.

2. FREIXA, F. *Salud en el 2.000 y el problema de las drogodependencias* en *Jano*, Medicina y Humanidades, Barcelona, Nov. 1983, n.º extra.

ocupan de la Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, curación, de la rehabilitación/rehabilitación, y en último término del medio ecológico en el que transcurre el medio de vida del hombre, por lo tanto de su calidad de vida, confluyendo en este discurso la Sociedad en Salud y en Bienestar. Es en esta convergencia donde, Salud Pública y los modernos Servicios Sociales, desarrollan una actividad en estos momentos aún paralela, pero que en determinados países, en el campo de las drogodependencias, está ya coordinada³.

En este contexto y entendiendo los conceptos de dependencia, adicción, tolerancia y riesgo de uso, como complicaciones de una sociedad de consumo y de economía de mercado relacionado con producción, distribución, comercialización, disponibilidad y accesibilidad a las diversas drogas⁴, es evidente que existen un grupo de sustancias básicas de uso masivo y generalizado que afectan a la mortalidad, la morbilidad, la prevalencia y la incidencia, y que su desarrollo de consumo y su problemática, afectando a la mayoría de poblaciones del planeta en diferente grado e intensidad, dependen de factores socioculturales, político-legislativos y económicos.

SOCIOEPIDEMIOLOGIA

En los países industrializados no existe ninguna duda de que: el tabaquismo; el alcoholismo; el uso fuera del marco estrictamente terapéutico de fármacos psicotrópicos (anfetaminas, barbitúricos, tranquilizantes, etc...) y el uso de sustancias que en general en dichos países se encuentran en las Listas de los Convenios Unicos de Estupefacientes o Psicotrópicos, constituyen en un determinado marco socio-político, lo que se ha estigmatizado conceptualmente como «La droga».

Estas Listas de los dos Convenios Unicos y su aplicación en un determinado país o grupo de países, como puede ser el caso de la Comunidad Económica Europea, constituyen en realidad formas particulares no adaptadas a la situación actual, puesto que, es de todos conocido que la prepotencia de la economía de mercado, origina formas de distorsión, de la producción y la comercialización de dichas sustancias. Solo una pequeña reflexión sobre la economía de determinadas repúblicas sudamericanas ligadas al cultivo de la coca^{5 6} o un abordaje del cultivo del opio⁷ en el subcontinente de la península indostánica o de otros lugares del continente asiático, o el cultivo del cáñamo en la zona del Caribe⁸ nos indicará

3. RUBIOL, Gloria. *Los Servicios Sociales de Atención Primaria en algunos países europeos*. en «Los Servicios Asistenciales y Sociales de Atención Primaria» II Jornadas de Estudio del Comité Español para el Bienestar Social pág. 25-60 ed. Marsiega, Madrid, 1984.

4. EDWARDS, G.; ARIF y otros. *Nomenclature et classification des problèmes liés à la consommation de drogue et d'alcool: Mémoire OMS*. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 60(4) pág. 499-520. 1982.

5. *Cocaína*. Actas del Seminario Interamericano sobre aspectos médicos y sociológicos de la coca y de la cocaína. Lima 1980.

6. TERAN, Mario; SANDAGORDA, Armando. *La producción de Coca en Bolivia en Cocaína*. Actas del Seminario Interamericano sobre aspectos médicos y sociológicos de la coca y de la cocaína. Lima 1980.

7. LAMOUR, Catherine; LAMBERTI, Michel. *La nueva guerra del Opio*. Barral Editores, Barcelona 1973.

8. *1984 National Strategy, For Prevention of Drug Abuse and Drug Trafficking*. Drug Abuse Policy Office. Office of Policy Development. The White House. Washington D.C. 20.402.

la relatividad de un concepto estrictamente político-legislativo aplicado a la problemática de las drogodependencias.

En un mundo en el que, los medios de comunicación y transporte se están universalizando y en el que las contradicciones en los intereses económicos son, por sus grupos de presión representativos (lobbys), prioritarios, no es posible que el cumplimiento de una determinada legislación en el marco de un supuesto Estado soberano, se cumpla, puesto que, la presión del mercado puede y realiza todo lo necesario para aumentar la disponibilidad, accesibilidad y comercialización.

Cuando un Estado es productor, puede invocar aparte de estrictas razones económicas, en defensa del uso de un producto nocivo para la salud, no tan solo razones estrictamente económicas, sino razones histórico-socio-culturales. Este sería el caso concreto de los países vitivinícolas o de los países con la gran industria de bebidas destiladas^{9 10} o también el de los problemas relacionados con salud y tabaco¹¹.

Si realizáramos este tipo de abordaje en los países productores de opio, coca y cáñamo la situación sociocultural es distinta por su nivel de subdesarrollo, pero nos encontraríamos con desagradables sorpresas, por ejemplo, es difícil cuando se ha transformado el opio en morfina acetilarla convenientemente para convertirla en heroína (diacetil-morfina) sino existe un producto básico de cuya pureza dependen la rentabilidad económica de la acetilación. Sólo existen factorías suficientemente complejas de industria química en los países desarrollados para fabricar dicha sustancia. ¿Cómo llega a Centro y Sudamérica? ¿Cómo llega al Sudoeste Asiático o al Subcontinente Indio?

También hay que señalar que cuando en el Estado Español se están realizando campañas destinadas al aumento de consumo de tabaco y alcohol, los países altamente desarrollados, están desplegando estrategias comerciales para exportar su sobreproducción de tabaco y alcohol a los países subdesarrollados. África y Asia han pasado a ser los continentes diana para la exportación de bebidas alcohólicas o para la puesta en marcha de factorías de producción de cerveza, presentándose una nueva problemática sociosanitaria relacionada con el alcohol y con gravísimos problemas penales –con las características de países subdesarrollados– que sociológicamente se parece a la problemática de «La droga» en los países industrializados.

AÑO	PRODUCCION MUNDIAL	AUMENTO
1960-1980	Cerveza	124%
1960-1980	Vino	40%
1960-1972	Licores	61%
1960-1980	Asia: Cerveza	500%
1960-1980	África: Cerveza	400%
1960-1980	América Latina: Cerveza	200%

Fuente¹².

9. *Diario de información Económica (5 días)* 1983; 1276

10. OMS. *Los problemas relacionados con el alcohol: una amenaza creciente para la salud*. Ginebra. Vol 36, n.º 6, 1983.

11. *Manual de Prevención i control del Tabaquismo* Generalitat Catalunya. Departamento de Sanitat y Seguritat Social. Col. «Quaderns de Salut» n.º 8, Barcelona, 1982.

12. Ver referencia núm. 10.

Este somero repaso de la realidad socioepidemiológica puede resumirse en las tablas que reflejan la mortalidad y morbilidad del consumo de tabaco y alcohol en el Estado Español.

MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL TABAQUISMO. ESPAÑA 1977.

	Número absoluto de defunciones	Coefficiente de mortalidad atribuible al tabaco	Número de defunciones atribuibles
Cardiopatía isquémica coronaria	28.259	0,25	7.065
Arteriosclerosis	12.555	0,33	4.143
Enfermedad de Buerger	45	1	45
Bronquitis, efisema y asma	9.428	0,8	7.542
Cáncer broncopulmonar	7.599	0,9	6.839
Cáncer de bufeta	2.003	0,47	941
Cáncer de laringe	1.609	0,5	805
Cáncer de esófago	1.401	0,3	420
Cáncer de cavidad bucal y laringe	1.027	0,7	719
Cáncer de riñón	615	0,2	123
Cáncer de páncreas	1.464	0,35	512

Fuente¹³.

MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL ALCOHOL EN ESPAÑA, EN 1977

ENFERMEDAD	NUMERO ABSOLUTO DE DEFUNCIONES	COEFICIENTE DE MORTALIDAD	DEFUNCIONES ATRIBUIBLES AL ALCOHOL
Cirrosis hepática	8.175	0,7	5.723
Accidentes de tráfico	6.410	0,4-0,5	2.564
Suicidio	1.486	0,25	372
Accidentes laborales	2.084	0,15	313
Psicosis alcohólica + alcoholismo	379	1	379
Envenenamiento accidental por el alcohol	6	1	6
Total	18.540	—	9.357
			9.998

Indice de mortalidad proporcional atribuible al alcohol en España en 1977 = 3,17% - 3,4%

Fuente: Ponencias del «Curs sobre Drogodependències per a Professionals» celebrado en Tortosa, 1981. Institut d'Estudis de la Salut. Dep. Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1982.

13. GILI I MINER, M. i cols. *L'Impacte del Tabaquisme sobre la Mortalitat Espanyola, 1951-1977*. En «Curs de Drogodependències. Ponències». Generalitat de Catalunya. Institut d'estudis de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Tortosa 1981.

14. GILI I MINER, M. i cols. *L'Impacte de l'Alcoholisme sobre la Mortalitat a Espanya, 1951-1977* en «Curs de Drogodependències. Ponències». Generalitat de Catalunya. Institut d'Estudis de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Tortosa 1981.



MORTALIDAD: BEBIDAS ALCOHOLICAS

*– No existen en España, datos sobre homicidios con ingesta de alcohol previa.

– Si las series de mortalidad francesas o británicas atribuibles a accidentes de tráfico representan directamente la proporción de consumo de alcohol absoluto per cápita y equivalen a la tercera parte de muertes representadas por la cirrosis post-alcohólica.

Índice de mortalidad proporcional atribuible al alcohol en España serie de 3,4 a 4,4, correspondiéndole una tasa de mortalidad de 35,5 por 100.000.

– Alcohol, cuarta causa de mortalidad, después de las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias y los accidentes.

* Según Gili, Orta, Salleras y colaboradores 1982 (modificado).

Fuente: Ponencias del «Curs sobre Drogodependències per a professionals» celebrado en Tortosa, 1981. Institut d'Estudis de la Salut. Dep. Sanitat i Seguretat Social Generalitat de Catalunya, 1982.

MORTALIDAD RELACIONADA CON DROGAS

1981	57
1982	79
1983	93
1984	100 Set.

Fuente: Brigada Central de Estupefacientes. Gabinete de Estudio Información y Coordinación.

CONSIDERACIONES SOBRE LA DROGA Y LA LEY

a) *Las Bebidas alcohólicas*

Hay que señalar que la sensibilidad de las autoridades sanitarias durante la post-guerra civil y el período denominado de «desarrollo» en lo que se refiere a la problemática de todas las drogodependencias ha sido tradicionalmente muy baja. Las Facultades de Medicina, con alguna honrosa excepción no incluían en sus programas ninguna referencia específica a las problemáticas de patología médica relacionada con alcohol y tabaco y aún menos en lo que podría referirse a desviación social de psicofármacos y sustancias de los Convenios Unicos. Sólo la Dirección General de Sanidad, dependiente del Ministerio de la Gobernación y sin ninguna relación orgánica con los instrumentos de prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, la mayor red asistencial del país desde sus inicios como Seguro Obligatorio de Enfermedad en la década de los 40, tenía una cierta sensibilidad a la problemática de las drogodependencias y había organizado a través de los epidemiólogos y funcionarios adscritos a dicha Dirección General, y a través del denominado Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, diversos Seminarios de sensibilización para profesionales a estos problemas y finalmente se intentó con un éxito relativo desarrollar un Programa de prevención y tratamiento del alcoholismo y de toxicomanías, que culminó después de diversas y variopintas «reorganizaciones» en el trabajo de investigación sociosanitaria publicado en 1974¹⁵.

La importancia en la Salud Pública de los aspectos legales es notoria que se tendría que evaluar en utilidad para modificar los cuatro conceptos básicos reiteradamente aludidos (incidencia, prevalencia, morbilidad y mortalidad).

En referencia a las Drogodependencias y si nos ceñimos a este marco, el vigente Código Penal reformado por ley Orgánica del 25 de junio de 1983 y poniéndose en vigor 20 días después de su publicación en el B.O.E.¹⁶. Esta reforma urgente y parcial del Código Penal mantiene básicamente los mismos criterios jurídicos del Código de 1944. Conceptúa al drogodependiente alcohólico con un tipo de criterios y al drogodependiente por hachís, heroína y otros psicotrópicos con otros. Con ello el Código refleja los dos conceptos socioculturales imperantes, y que por otra parte traducen la existencia de excedentes oficiales de vino que en 1983 sumaban 3 millones de Hl. que representaban una carga financiera para el Estado de 48.000 millones de pesetas a los que según los últimos datos de la prensa es previsible que en la campaña 1984-85 esta cantidad aumenta extraordi-

15. *Memoria del Grupo de Trabajo para el Estudio de los Problemas Derivados del Alcoholismo y del Tráfico y consumo de Estupefacientes*. Dirección General de Sanidad. Revista de sanidad e Higiene Pública. Vol. XLIX núm. 56 (Monográfico). Madrid 1975.

16. B.O.E. (Boletín Oficial del Estado) núm. 152. 27 de Junio 1983.

nariamente. Esta discriminación legal fundamentada en aparentes razones socio-culturales y sustentada por claros y definidos intereses económicos, no es sólo un problema del Estado Español. Los ministros de agricultura de la Comunidad Económica Europea (CEE) reunidos en Bruselas hace pocos días, expresaron que los 120 millones de Hl. de vino común y los 50 millones de Hl. con denominación de origen, no son negociables, en opinión del ministro Sr. Rocard, en las negociaciones para la entrada de España en la CEE^{17 18 19}.

Parecería que para el legislador penal solamente existiera el ebrio y por otra parte la jurisprudencia ha contribuido a hacer confuso este concepto cuando se refiere a «ebrio habitual». Determinadas sentencias sobre problemas evidentemente clínico-sanitarios de alcoholismo no tienen una unidad de criterio. Es difícil saber cual es la actitud de nuestro Código respecto al enfermo alcohólico cuando tenemos que subsumirnos en conceptos como «enajenación mental» y «trastorno mental transitorio».

Al parecer, *enajenado* para el Tribunal Supremo, «es quien en todo momento tiene perturbadas sus facultades mentales» (31-1-34) o bien también «quien en todo momento está privado de sus facultades anímicas» y contrariamente la del *trastorno mental transitorio* en varias sentencias del Tribunal Supremo (26-1-34, 31-1-34, 4-3-34, 15-3-34) lo configura como «todo aquel trastorno mental de causa inmediata necesaria y fácilmente evidenciable, de aparición más o menos brusca, de duración en general no muy extensa, que termina con la curación sin dejar huella, producido por un choque psíquico del exterior, cualquiera que sea su naturaleza».

Es importante señalar que el Art. 9, 2.º del Código Penal contempla entre las causas que atenua la responsabilidad criminal «La embriaguez sino es habitual, siempre que no se haya producido con propósito de delinquir». Desde todos los puntos de vista de la Salud Pública, de la sociopatología e incluso de los mismos efectos tóxicos del alcohol etílico sobre el sistema nervioso se está negando las repetidas clasificaciones de los trastornos mentales de la O.M.S., tanto en su novena revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (ICD-9), las modificaciones clínicas introducidas posteriormente (ICD-9-CM) e incluso la clasificación propuesta por la American Psychiatric Association (DSM-III), en 1980. En la clasificación de la OMS, el epígrafe 303, define las diversas formas de presentación de la enfermedad alcohólica en 10 apartados diferentes (303.0 a 303.9) y asimismo el DSM-III desarrolla también no tan solo los conceptos de riesgo de uso, dependencia, intoxicación y síndrome de abstinencia²⁰. Todo ello sin que nos entretengamos en citar los efectos de destrucción o alteración orgánica celular a nivel del hígado, pancreas, cerebro, etc. Existen además, otras consideraciones de sentencias del Tribunal Supremo (3-11-81) que notan solo no contemplan los datos citados con anterioridad en las clasificaciones, sino que por su contenido, como también lo hace la sentencia de 2-6-82 en la que claramente se elimina el alcoholismo como enfermedad y la embriaguez como manifestación de la intoxicación aguda en diversos grados del SNC.

17. Economía-Campo: *El Estado «tira» 45.000 millones...* 1984. El Periódico. 7 de septiembre de 1984, pág. 19.

18. Economía. *Los Ministros Comunitarios discuten este fin de semana la política vinícola.* La Vanguardia. Barcelona, 23 septiembre 1984, pág. 57.

19. *Alcohol-Mouton Cadet.* 1984. The Economist. march 3. pág. 68-70.

20. VALDES MIYAR, Manuel o tros. *DSM-III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Masson. Barcelona, 1983.

Está claro, que todo ello contradice los conceptos básicos de dependencia, tolerancia y adicción, propios del uso continuado y habitual de las bebidas alcohólicas²¹.

Ocasionalmente pueden apreciarse, como en la sentencia 7-4-82, la apreciación de la embriaguez como trastorno mental transitorio y también es posible contemplar este tipo de apreciación en la del 10-12-81.

Existen por lo tanto, dificultades para que la toxicomanía con mayor trascendencia y costo social en el país y prácticamente la segunda en morbilidad y mortalidad, que afecta en sus aspectos sociales y biológicos adversos a un amplio espectro de edades de toda la población, tenga aquella consideración para la protección del ciudadano que merecería. Según los estudios actuales la primera dependencia que origina morbilidad y mortalidad sería el tabaquismo y la segunda el alcoholismo. Sin dudarlo, los efectos sociales adversos del uso de las bebidas alcohólicas a nivel familiar, de seguridad laboral, de seguridad vial y social, son de mayor trascendencia que los supuestos beneficios que el uso de las bebidas alcohólicas puede conllevar, si naturalmente se aplicara aquellas normas que son criterio generalizado en la mayoría de Estados de los Estados Unidos, en Canadá, Península Escandinava e incluso en la Comunidad Económica Europea²².

b) Otras drogas

Cuando nos referimos a aquel tipo de sustancias o productos incluidos en las listas de los Convenios Unicos de Estupefacientes y Psicotrópicos, entramos entonces en una percepción contradictoria del problema. Es nuestro criterio que el Art. 344 del Código Penal Vigente, contiene afirmaciones de carácter técnico farmacológico que ningún experto en drogodependencias, referente estrictamente a problemas de Salud, se atrevería a hacer.

Acepta que existen un grupo de productos o sustancias que causan grave daño a la salud y otras que no lo cuasan, cosa que desde este punto de vista es imposible de afirmar. No hay duda, que si por grave daño a la Salud entendemos la incidencia, la prevalencia, la mortalidad y morbilidad, el alcohol y el tabaco tienen sin dudarlo, los primeros números en la escala de sustancias dañinas.

Un examen somero, nos indicará que estas afirmaciones reflejan la situación sociocultural de los países llamados industrializados en los cuales se hace una valoración de las drogodependencias no sociosanitarias, sino político-jurídica. En el juego de esta evaluación han entrado tanto los «progres» presumiblemente de izquierdas, como los estamentos conservadores de todos los países.

Un enfoque jurídico-político de las drogodependencias, conllevará necesariamente a la persistencia del uso y consumo de las drogas aceptadas (tabaco, alcohol y tranquilizantes) sin modificar las estructuras económicas industriales relacionadas con su producción y hará imposible que *los jóvenes y adolescentes de nuestra sociedad den ninguna credibilidad a ningún tipo de mensaje preventivo*.

21. GOLDSTEIN, Dora. B. *Pharmacology of Alcohol*, Oxford University Press. New York. 1983.

22. FREIXA, F. *Aspectos sociales del consumo del alcohol. Costes sociales y económicos*. en las «Jornadas Internacionales sobre el Síndrome Alcohólico Fetal» Fundación Valgrande. Madrid. Octubre 1984.

Es necesario señalar que somos conscientes de que no existe un reconocimiento legal ni liberación del comercio de las sustancias del tipo del hachís, sino simplemente y a criterio de los señores jueces la aplicación de una pena inmediata inferior en grado si el tráfico se considera de sustancias que no causen «grave daño a la Salud».

También es necesario indicar que al suprimir la palabra *tenencia* (poseer o tener droga para el propio uso exclusivamente) y al no establecerse una escala o baremo objetiva a partir de la cual se considera que el sujeto transporta una cantidad que es para la venta, de hecho al quedar esta interpretación a criterio del juez y a pesar de la circular de la Fiscalía^{23 24} es evidente que como se dice en el argot de los drogodependientes de las grandes ciudades españolas con la nueva ley «lo único que se ha conseguido es tener camellos (dealers) cansados» refiriéndose a que antes un vendedor siempre corría el mismo riesgo y por lo tanto le importaba poco llevar unas cuantas bolsas. Ahora para hacer el reparto tiene que llevar solo dos o tres en cada una de las ventas.

Entendemos que no se ha producido pues una posibilidad de venta abierta y libre de productos derivados del hachís. Precisamente la reciente circular de la Fiscalía recuerda que según los Convenios es preciso que se considere la producción y el tráfico de dichas sustancias «como delitos si se cometen intencionadamente y castigarlos de forma adecuada». A pesar de ello, la Circular sigue dando interpretaciones jurídico-políticas ajenas a la Sanidad e introduce nuevamente el concepto que ha resultado tan nefasto para la drogodependencia de adolescentes y jóvenes, de drogas «blandas» y drogas «duras». Es precisamente esta distinción, utilizada con fines electoralistas antes de la modificación del Código Penal, lo que ha originado la idea entre la juventud y entre algunos medios de información nacional y extranjeros, que se trataba de una descriminalización o despenalización. En realidad, psicosocialmente al utilizar políticamente la modificación del Código se ha producido frente la opinión pública (media) la idea de que se trataba de una tolerancia para la venta de hecho, aunque no de derecho. Esta confusión y la levedad de las penas impuestas cuando se trata de sustancias que supuestamente producen «menos daño a la salud» ha originado la actual «intoxicación» en los medios de información.

Tampoco el Código actual reconoce la figura del *tráfico necesidad o por consumo*, punto que consideramos nosotros de la máxima importancia dado el carácter no rehabilitador del sistema penitenciario heredado del antiguo régimen político. La actual Ley Orgánica General Penitenciaria²⁵ y el Reglamento de su aplicación que intentan respetar la Constitución Española de 1978 y que hubiera mejorado sustancialmente las capacidades de rehabilitación del sistema penitenciario en adolescentes y jóvenes (edad penal española 16 años) ha sido una legislación de «papel» puesto que la infraestructura necesaria para la creación de las enfermerías para drogadictos dentro de los Centros Penitenciarios y el contrato y preparación de personal no ha sido posible dado la actual crisis económica a pesar de los esfuerzos puestos en evidencia por el Ministerio de Justicia en la Reforma Parcial del Reglamento²⁶.

Ha quedado claro que no ha sido liberalizado de derecho el comercio de las desgraciadamente llamadas drogas blandas pero sí que psicosocialmente al per-

23. *La Vanguardia*, 21-9-84

24. *El Correo Catalán*. 22-9-84

25. B.O.E. núm. 149-150-151 del 23-24-25 de junio de 1981

26. B.O.E. núm. 99, 25 de abril de 1984.

sistir esta diferencia se ha creado una imagen pública en la población de adolescentes y jóvenes de tolerancia que, en nuestra opinión, ha conllevado a su aumento del consumo y actividades delictivas como han demostrado recientes revisiones sobre esta cuestión^{27 28}.

El futuro de las drogas es sombrío desde el punto de vista de la Salud Pública. Las ideologías, filosofías, opiniones y un enfoque exclusivamente jurídico-político hacia las drogas sujetas a convenios, hacen difícil prever que los supuestos sobre salud expresados por la OMS^{29 30} sean posibles en referencia a las drogodependencias en el año 2.000. Es nuestro criterio que la misma confusión y la misma perplejidad que existía en la Edad Media frente a las grandes epidemias de enfermedades infecto contagiosas o hacia el «fuego de San Antonio» (Cornezuelo del Centeno, *Claviceps purpúrea*) existe en la actualidad en la temática de las drogodependencias. Es difícil de aceptar que la incidencia y la prevalencia, la morbilidad y mortalidad en referencia al tabaquismo, al alcoholismo, a los fármacos usados fuera de su marco terapéutico y el uso de «las drogas» son un mismo fenómeno. Tanto Ford³¹ como Silverman y Lee³² habían previsto ya esta eventualidad en la década de los setenta cuando realizaron los substanciosos informes sobre problemas de salud, medicamentos y drogas de adicción para el Servicio Federal de alimentos y Medicaciones de los Estados Unidos (F.D.A.). Teóricamente los médicos tendrían que ser los más interesados en esta problemática pero el médico y aún más el psiquiatra, más ideólogo que hombre de Salud Pública, en general está más entrenado al diagnóstico y tratamiento que a facilitar, por ejemplo en el caso de las enfermedades cardiovasculares, el consejo dietético razonable que evitaría la morbilidad básica. El psiquiatra «al no etiquetar» tampoco facilita la actividad preventiva, puesto que en realidad nos escamotea la morbilidad, la incidencia y la prevalencia.

Ello explica que si en los profesionales de la salud existe confusión, ésta se refleja en los medios jurídico-penales. Podemos hacer un esfuerzo para olvidarnos de la incidencia y prevalencia del cáncer del pulmón en relación al tabaco, del aumento de los cánceres de vías digestivas altas en relación al uso de tabaco/alcohol, al fenómeno de la embriofetopatía alcohólica, de la gravedad del abuso de las benzodiazepinas en tercera edad (jubilados) y de la endocarditis, hepatitis y la accidentabilidad laboral y de tráfico relacionada con el hachís, etc...

En último término, frente a una seria preocupación por la Salud Pública, si tenemos que intentar que se tomen decisiones político-jurídicas en materia de Salud, éstas tienen que tender a un tratamiento igualitario de todas las sustancias en relación a su morbilidad y mortalidad, sea ésta a largo o corto plazo. O las medidas supuestamente restrictivas tienen que aplicarse a todas las sustancias,

27. MASFERRER SENTENA, J. *Previsiones socioculturales en el tema de la Drogodependencia en España* en «12ème Seminaire de l'Abbaye. Toxicomanie et Marginalités» París, Septiembre 1984.

28. Ministerio de Cultura. *Juventud y Droga. Perspectivas para una política de prevención*. «Revista de estudios de Juventud» n.º 17. Instituto de la Juventud. Madrid. marzo 1985.

29. Alma-Ata. *Atención Primaria de la Salud*. OMS Salud para todos. 1978 (WHA 32-30 Geneve) y Resolución WHA 34-36 (1981).

30. OMS. *Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2.000* Salud para todos 1981 3.

31. FORD, Joel. *The Addicted society: Pleasure-seeking and punishment revisited*. Grove Press Inc. U.S. 1981.

32. SILVERMAN, M.; LEE, R. *Pills, Profist and Politics*. Univ. Press and los Angeles U.S.A. 1974.

incluyendo naturalmente al alcohol, tabaco y sustancias psicotrópicas, con los plazos y espacios de tiempo que la prudencia de los políticos haga aconsejable o la Administración (el Estado Gobierno) tiene necesariamente que estructurar un sistema de farmacias especiales y oficiales que por lo menos garantice la pureza del hachís, LSD y diacetilmorfina utilizados de la misma forma que supuestamente controla el nivel de alcohol metílico en las bebidas alcohólicas destiladas y «preocupados por la salud de los ciudadanos» nos intenta vender tabaco de *bajo contenido en nicotina* para que compremos más paquetes.

En cuanto al abordaje y tratamiento de las drogodependencias por opiáceos en nuestro criterio sería necesario ya que no es posible en estos momentos encontrar como en el caso de las enfermedades por Salmonellas (tifoidea), un método preventivo eficaz, que por lo menos las distintas opciones o alternativas terapéuticas tuvieran un sistema de registro o control de sus fracasos que sirviera de autocorrección y de establecimiento de una metodología de tratamiento. Desgraciadamente los métodos se pueden dividir en dos grandes corrientes:

a) Aquella que nosotros denominamos de *tecnología*, que supone un intento de realizar un control de éxitos y fracasos y además un seguimiento (follow-up) que permite evaluar seriamente la rehabilitación y la reinserción.

b) *Sistemas inspiracionales* que sea cual sea su naturaleza sólo presentan como resultados los éxitos y sistemáticamente escotomizan o escamotean los fracasos. Además este tipo de corrientes de tratamiento pretenden realizar este trabajo, por lo menos en España, disponiendo de dinero público y sin cumplir las mínimas normas contables, médicas y servicios sociales que permitirían a la Administración Pública evaluar sus resultados.

En general estas técnicas usan y abusan de la incomodidad que representa la convivencia con un drogadicto por heroína y lo separan del medio social. Además manipulan sentimental y emocionalmente a los padres afectados y como en el caso de las drogas anticáncer en la década de los cincuenta³² en los USA; su absoluta y total ineficacia terapéutica no fue obstáculo para que se pusieran en entredicho las cláusulas de reserva expresadas por la FDA.

Cuando en drogodependencias por heroína, independientemente de usar las emociones como recursos terapéutico se crea una intrincada red de intereses económicos que no es posible clarificar, nos encontramos con «una mafia para el tratamiento de drogadictos» y en último término como en plena Edad Media se crea una estructura mística que quizá para determinados drogadictos y para la situación angustiada de los padres puede ser «solución» pero si todo ello va relacionado con importantes cantidades de dinero privado y Público sin que se pueda investigar cual es la evolución contable –teóricamente sin afán de lucro– si existen o no existen drogas en los centros de tratamiento –exámenes médicos y análisis de orina– y no es posible además investigar la habilitación e inserción social amparándose en la confidencialidad, tenemos perfectamente estructurado un sistema de tratamiento que, como la cuba de Messmer en Francia, o el toque del trigémino del Dr. Asuero, o el reciente escándalo el Alicante del tratamiento del cáncer, que hace imposible, a menos que se tomen medidas sociopolíticas de envergadura, resolver.

