

COMUNIDAD Y DROGAS
(Publicación trimestral)

Precio del ejemplar: 700 pts. (IVA incluido).
Suscripción anual: 2.500 pts. (4 números) (IVA incluido).
(Extranjero: 25 dólares USA).

Edita y distribuye:
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
Publicaciones, Documentación y Biblioteca
Paseo del Prado, 18-20. 28014 MADRID.

ISSN: 0213-5884
NIPO: 351-89-011-1
Depósito Legal: M-31656-1986

Imprime:
Rumagraf, S. A.
Nicolás Morales, 34. 28019 MADRID

Director

D. Miguel Solans

Consejo de Redacción

D.^a Pilar Alvarez

D. Carlos Alvarez

D. Jaime Funes

D.^a M.^a Jesús Manovel

D. Ramón Mendoza

D. José Navarro

D. Pedro Oñate

D. Armando Peruga

D. Santiago de Torres

Secretario de Redacción

D. Francisco de Asis Rábago

N.^o **13/14**

EDITORIAL

ESTUDIOS Y EXPERIENCIAS

- 9 ¿Curar, salvar, prevenir, atender...?
Notas a propósito de los modelos
de intervención en drogodependencias.
Jaime Funes.
- 27 La atención a la salud mental
y a las drogodependencias en Navarra.
José R. Varo.
- 45 Evaluación de los programas de
mantenimiento con metadona desarrollados
en Valencia desde 1983 hasta 1987.
F. Roca, M. Gómez Beneyto y M. Paños.
- 53 Interrelaciones entre el consumo de tabaco
y el alcohol. Resultados de un estudio de
base poblacional.
M. Gili, J. Giner, J. R. Lacalle, D. Franco
y E. Martínez Cañabate.

DOCUMENTACION

- 65 La «Asociación de Profesionales de
Comunidades Terapéuticas para
Toxicómanos» y el Sistema de Homologación
de Centros.
- 85 Jornadas sobre «Alternativas terapéuticas
al cumplimiento de condena por parte
del toxicómano».

MISCELANEA

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

Nota a los colaboradores

Los artículos deberán dirigirse a: Secretario de Redacción de COMUNIDAD Y DROGAS, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo, Paseo del Prado, 18-20 28014 MADRID.

Los artículos se enviarán mecanografiados a doble espacio, por un solo lado, sin exceder de 40 folios. Se enviará también un resumen de 8-10 líneas de extensión. Las notas se mecanografiarán a un solo espacio, numeradas y colocadas, bien a pie de página, bien al final del artículo.

Los artículos serán inéditos, de forma preferente; en caso de no ser así, se hará constar lugar y fecha de publicación.

El nombre y un breve «curriculum» del autor deberán ir mecanografiados en hoja aparte.

La responsabilidad por las
opiniones expresadas en los
artículos publicados por
COMUNIDAD Y DROGAS recae
únicamente sobre sus autores

Editorial

Poner orden sin anquilosarse

5

El paso del tiempo, en general, suele servir para relativizar y ubicar adecuadamente problemas que se suelen percibir como dramáticos, y soluciones que se presentan como omnipotentes. El tiempo y la acción, de los profesionales y de la Administración, ha servido también en la cuestión de las drogas para reubicar los problemas y redimensionar las respuestas.

Por un lado, la respuesta pronta, cuasi instintiva que hubo de darse a los problemas parece haber encontrado decantación, orden, regulación. Por otro, la realidad cambiante del propio problema conduce a la renovación, a la búsqueda de formas nuevas, a la implicación de recursos a veces considerados ajenos a las drogodependencias.

Comunidad y Drogas publica en este número dos ejemplos de esta dualidad. En primer lugar el lector podrá encontrar los materiales que —partiendo del propio consejo de redacción de la revista— han dado origen al inicio de un debate en los organismos autonómicos responsables, sobre los modelos de intervención en las drogodependencias. En otra de las secciones se da cuenta del sistema de homologación de centros que ha puesto en marcha la Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para toxicómanos, que pretende contribuir a acabar con lo que ellos llaman «turbiedad» de las instituciones a las que arbitraria y genéricamente se les atribuye el citado nombre.

Teniendo en cuenta los cambios (tipos de consumos, estilos de vida, problemática asociada, evaluación de los efectos, etc.) que se han ido produciendo en los colectivos que llegan a los dispositivos de atención a las drogodependencias, parece urgente evitar el anquilosamiento de las maneras, la rigidez en los procedimientos terapéuticos. Pero, además, el conjunto general de las personas afectadas por consumos problemáticos de drogas es sensiblemente mucho más extenso que la población que llega a los servicios. Se impone, por lo tanto, reenfocar el objetivo, pensar en términos de intervención posible, diversificar los propósitos de la atención, aspirar a ser útiles para colectivos extensos de personas con dificultades en su relación con las drogas. Se impone superar el simple modelo de atención terapéutica para pasar a reflexionar en términos de intervención, de acción pluriforme, antes de que los problemas drogodependientes se manifiesten con toda su crudeza y degradación.

Bajo el manto semántico de la expresión «comunidad terapéutica» se han amparado, a menudo, instituciones inconfesables —o al menos de dudosa finalidad y metodología— que, haciendo bandera de la genérica necesidad de atender el problema, vulneraban derechos, convertían en acción supuestamente «terapéutica» lo que sólo era proselitismo o alienación. Poco a poco las diferentes Administraciones han regulado, normativizado y dimensionado, el mundo de estas instituciones. Pero, el documento de la Asociación de Profesionales da algunos pasos más allá: aporta criterios para poder definir lo que se entiende por «Comunidad Terapéutica Profesional», diferenciada de otras instituciones posibles, también regulables. Pero, además, su texto es una sana toma de postura en temas como la protección de los derechos del interno, la fijación de tiempos límites para la atención, la eliminación del adoctrinamiento explícito o encubierto, etc.

Una vez más, las páginas de *Comunidad y Drogas* quieren servir para azuzar el debate, para estimular la reflexión crítica. La tarea conjunta de los próximos meses será, por un lado la de seguir decantando, regulando, ordenando aquello que la experiencia ha demostrado como imprescindible; por otro, nuevas realidades, nuevos retos obligan a evitar la esclerosis, a ir analizando con nuevos criterios los ámbitos, los estilos y las finalidades de la intervención en drogodependencias.

Estudios y experiencias

Jaime Funes*

¿Curar, salvar, prevenir, atender...?

Notas a propósito de los modelos de intervención en drogodependencias

RESUMEN

En la última década se han producido profundos cambios en la realidad y el contexto social de las drogodependencias, a la vez que se consolidaba en el Estado español una red de recursos básicos para dar respuesta al problema. Ante la constatación de los cambios y de que la mayoría de la población consumidora no acude a los dispositivos, o lo hace cuando está ya profundamente degradada, el artículo plantea un conjunto de criterios para revisar y repensar los modelos y los sistemas de atención. Se analiza, entre otros temas, el paso de un modelo de «tratamiento» de los que acuden, a un modelo de «intervención» sobre los diversos colectivos que incorporan el consumo a sus patrones de vida. Igualmente se revisan los objetivos de la intervención, la globalidad de las actuaciones, la sensibilización de la comunidad para evitar la delegación del problema en los expertos, así como la formación de los profesionales de los diversos sistemas (educativo, social, juvenil, asociativo, etc.) para atender también los aspectos drogodependientes de las personas con las que entablan contacto.

SUMMARY

Cure, save, prevent, treat...? Notes on the models of intervention in drug addiction

In the last decade, there have been deep changes in the reality and social context of drug addiction, while at the same time there arose in the Spanish State a network of basic resources to provide answers to the problem. Faced with the existence of those changes, and with the fact that the majority of the drug users do not seek out help, or do so when they are already in a very sorry state, this article presents a series of criteria which can be used to revise and rethink the models and systems of treatment. Among other subjects, it examines the change from a model of «treatment» of those who come for help, to a model of «intervention» in those various groups who make drug use a part of their lives. It also examines the objectives of that intervention, the entire spectrum of activities, the need to sensitize the community to prevent the problem being delegated to experts, as well as the training of professionals in the various systems (educational, social, juvenile, associative, etc.) to be able to tackle as well, the drug-dependency aspects of the persons with whom they are in contact.

0. AVISO AL LECTOR

EL Consejo de Redacción de COMUNIDAD Y DROGAS suele ser algo más que una simple reunión para eliminar, aceptar o encargar artículos que

(*) Correspondencia: Centre d'Estudis i Formació. Departament de Justícia. C/ Roger de Flor, 196. 08013 Barcelona.

puedan ver la luz en la revista. Junto a los debates sobre líneas editoriales, las personas que lo componemos, dedicamos periódicamente unas horas de reunión a debatir, con libertad y profundidad, temas o aspectos en relación con las drogas y con la comunidad. En una de ellas, la cuestión a debate fue «los modelos de

atención a las drogodependencias». Documentos de diversa índole, desde los estudios de seguimiento y las investigaciones sobre evaluación hasta la percepción de los cambios profundos que se producían en la relación de los grupos sociales con las drogas, condujeron a sus miembros a la necesidad de pensar sobre las maneras con las que actualmente se está interviniendo en el ámbito de las drogodependencias.

Para poder seguir la discusión con un cierto orden, se me pidió la elaboración de un guión, y se acordó partir de un texto previo¹. Con las notas de ese debate redacté el documento que ahora publica la revista, después de haber servido en otras reuniones del Plan Nacional sobre Drogas y haberse comprobado que no eran sólo los miembros del Consejo de Redacción los que consideraban inaplazable el debate sobre los modelos de atención y sobre todas las intervenciones en torno a las drogas que en el momento actual se están produciendo.

Casi un año después de la primera redacción algunas cuestiones han envejecido; no obstante, pareció que una mayor difusión podría ayudar a otros colectivos a continuar el debate. La revista me solicitó su publicación y he accedido, sin modificar el texto inicial. Pero, debo advertir que las páginas siguientes son el fruto colectivo de las ideas de los miembros del Consejo; sólo el orden, la selección, el sesgo y los errores son el verdadero trabajo de quien firma el artículo.

1. HA LLEGADO EL MOMENTO DE LAS DUDAS RACIONALES

Cuando nace un problema —o una percepción objetivada de él— parece ocioso

¹ «Finalmente, no queda más remedio que pensar en los modelos de atención». Capítulo 5 del libro *Incorporarse a la sociedad*, de I. MAYOL y J. FUNES. Cruz Roja Española. Madrid 1989. (Para mayor comodidad del lector se publica al final del artículo como anexo.)

y hasta arriesgado plantear demasiadas dudas sobre el tipo de respuesta que debe dársele, sobre la atención que debe recibir la persona que lo padece. Así, el diseño de los servicios que deben caracterizar esa respuesta tiende a fundamentarse en áreas o disciplinas de intervención que aporten modelos de «tratamiento» claros. La medicina o la psicología ortodoxa, por ejemplo, y sus soluciones aparecen como los referentes fundamentales.

En las drogodependencias, en el momento en que la sociedad toma conciencia angustiosa del problema —compactado y etiquetado de una manera discutible, pero propia, del momento histórico— surgen las demandas de soluciones, de recursos, de lugares a los que acudir, de servicios para atender el problema. Es el momento en que cualquier solución parece servir. En la medida que las necesidades, que las urgencias parecen ser muchas más que los servicios existentes cualquier dispositivo asistencial parece bueno.

Con el nacimiento del Plan Nacional se pone en nuestro país el primer mojón geodésico para la ordenación del territorio terapéutico. Supone la consolidación de los diferentes planes autonómicos, así como el impulso del crecimiento —con frecuencia discutible— de las redes de recursos especializados; a la vez, el impulso del debate y el análisis de las experiencias comienzan a generar una teorización cada vez más abierta, multifocal y pluriprofesional.

En el momento actual, no sólo la duda, sino la reflexión en profundidad sobre lo que se está haciendo, parecen inexcusables. La emergencia ya no sirve de aval para cualquier tipo de recurso de atención. La lógica de la planificación y de la reconversión deben aplicarse ya con rigor. Debemos plantearnos si la población que accede a nuestros servicios —o aquella a la que hemos decidido, o conseguido,

acceder— es la que debe ser atendida. No parece quedar más remedio que plantearse si todos los modelos de atención son igualmente válidos, así como si su supervivencia posibilitará en el futuro un mejor abordaje de las drogodependencias.

Si bien es cierto que los años de atención a este conjunto de problemas nos han aportado experiencia y conocimiento, también nos han aportado interrogantes, hemos encontrado respuestas, pero detrás de ellas nacían preguntas y, quizás, ya es el momento de una cierta concordancia abierta de criterios.

Como mínimo, podemos decir que en estos momentos es imprescindible avanzar, al menos, en:

1. La definición de unos criterios básicos de intervención (objetivos, estilo, población, redefinición del problema, organización de las redes, etc.).
2. Posibles sistemas de evaluación, análisis y seguimiento de los servicios que hoy intervienen en el ámbito de las drogodependencias.
3. Dirección y ritmo de las transformaciones y los cambios que —de acuerdo con la experiencia acumulada y con la modificación de la realidad— deben comenzar a operarse en los servicios de atención.

2. CRITERIOS DE FONDO PARA LA REVISIÓN

En la actualidad, cualquier planteamiento de revisión de los servicios de atención a las drogodependencias debe hacerse desde el trípede básico de la normalidad, la globalidad y la integración. Más allá de las desfasadas discusiones sobre el modelo médico-modelo social, las premisas fundamentales para cualquier revisión,

cualquier racionalización, deben ser esas tres:

- La reafirmación del derecho a la normalidad para ser atendido; el recuerdo de que la persona con problemas de drogodependencia debería ser conducida a una propuesta de recuperación desde cualquiera de los servicios-recursos a los que, con su cotidiana normalidad, acude.
- La inevitable complejidad de las drogodependencias como problemática siempre añadida a otras —individuales o grupales— que conduce a la inutilización de cualquier abordaje que no sea globalizador.
- La indivisibilidad de las necesidades de la persona necesitada de atención, así como de la diversidad de intervenciones que sobre ella se han de producir y que comporta la integración de los recursos de atención a las drogodependencias en otros sistemas más amplios de atención.

3. ALGUNOS RIESGOS A EVITAR

Reabrir el debate —inaplazable— sobre los modelos de atención debe suponer una actitud decidida para contrarrestar tres tendencias cada día más arraigadas a la hora de abordar las drogodependencias.

En primer lugar, conviene actuar contra una cierta «ideología del *apartheid*». Una ideología que tiende a asumir la supuesta inutilidad de la atención a las personas que padecen las dificultades derivadas del consumo destructor de algunas sustancias como la heroína. Proclamada esta inutilidad se enfatizan los costos sociales (inseguridad, delincuencia, enfermedades graves, etc.) y se defiende automáticamente la implantación de unos recursos míni-

mos, destinados a paliar el impacto social del mal, pero condenando a su suerte irremediable a los que los sufren en su persona.

En segundo lugar, la dinámica expansiva en la creación de recursos para la atención a las drogodependencias que, como hemos dicho, se ha producido en los últimos años, ha conducido también a la solidificación de determinadas estructuras de poder. La necesaria transformación, la racionalización y el debate pasan a vivirse como un enfrentamiento de poderes, disfrazado de lógica técnica. La cuestión drogodependencias ha generado, hasta el presente, altas dosis de poder —con frecuencia más aparente que real— político y profesional; de esta manera, cualquier modificación tiende a considerarse arriesgada, equivocada, problemática, mucho antes de que se plantee.

12 Hasta tal punto puede producirse esta tendencia al inmovilismo que, como tercera tendencia, hemos de señalar la «reinención de la realidad». Es decir, los recursos y servicios que hoy atienden a los drogodependientes ven a una parte mínima de ellos; con frecuencia los ven bajo el prisma de una determinada problemática —por ejemplo bajo el prisma del SIDA— y tienden a definir la realidad de las drogodependencias en función de la parte que les llega y desde la perspectiva sesgada de su abordaje. El modelo de asistencia se piensa y se diseña para atender al tipo de drogodependiente que previamente se ha definido como asistible por el recurso diseñado. La consolidación de estructuras y recursos ha facilitado una especie de mutua justificación —yo actúo así porque tú actúas así— que conduce a una cierta convención mutua implícita sobre las drogodependencias, olvidando que fuera del campo específico y especializado existen numerosas experiencias de atención, enormemente más válidas que las propias y que podrían constituir caminos y maneras más racionales de abordaje de toda la realidad de las drogodependencias.

4. SOBRE LA ENTIDAD DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Si se acepta que ha llegado el momento en el que no puede aplazarse ya la evaluación, la revisión de los modelos, quizás convenga iniciarla por el estudio de cuál es la entidad que cada recurso, cada servicio, otorgan a la drogodependencia. Aun aceptando el panorama actual de las drogas en nuestra sociedad, sus usos y sus abusos, su legalidad o ilegalidad, su institucionalización o no, etc., la revisión debe comenzar por el estudio de hasta qué punto cada servicio de atención a las drogodependencias tiene de éstas un simple modelo clínico de enfermedad («enfermedad crónica recurrente») o se remiten en sus prácticas a modelos más complejos.

Así, el debate hacia la racionalización de los servicios, debe considerar hasta qué punto, por ejemplo, se acepta que las drogodependencias tienen que ver con estilos de vida, con numerosas conductas y comportamientos. Hasta qué punto se acepta que las drogodependencias asientan sus reales en procesos de necesidades y dificultades sociales que afectan, de una manera mucho más profunda, a las personas y los grupos a los que se atiende. Hasta qué punto se sitúan en sus justas proporciones los efectos de la sustancia y se valora adecuadamente el contexto. Hasta qué punto se tienen en cuenta los procesos relacionales, los procesos de exclusión social, las situaciones de conflicto social que generan, etc., etc.

Y, en la medida que nuestra práctica profesional ha contribuido y sigue contribuyendo a la creación que la sociedad, que la comunidad humana de cada territorio tiene de la cuestión drogas, conviene analizar las imágenes que de sí mismo traspasa cada servicio a la sociedad. Para quién está receptivo y a quién excluye; con qué otras «fuerzas vivas» trabaja, has-

ta qué punto es el depositario único y estanco de todo el problema; qué propósito y qué capacidad tiene de hacer patentes a la comunidad las crisis y los conflictos que se enmascaran tras el uso de determinadas drogas; en definitiva, cómo es la imagen que emite de la persona con problemas de drogodependencia, cómo evita su segregación, cómo consigue su retorno.

5. LOS QUE LLEGAN Y LOS QUE SE QUEDAN

Enfocando el análisis desde un cierto punto de vista pragmático aparece la variable «capacidad de retención» de un servicio. Es decir: cuantas personas de las que se acercan hoy a un servicio de atención a las drogodependencias se quedan, se enganchan a una posible propuesta de recuperación. Este enfoque sitúa la discusión en lo que nos parece es una de las principales variables del análisis: el «primer contacto» y su diseño para generar continuidad.

Planteado en otros términos: en qué medida desde la «puerta de acceso» el recurso está pensado para dar respuesta a las personas que llegarán, de acuerdo con su peculiar idiosincrasia problemática, o por el contrario, tan sólo aquél que responda a la tipología definida y acepte los canales y los objetivos definidos llegará a iniciar un programa de recuperación.

Pero esta revisión no puede conducir a una simple «rebaja» de objetivos (por ejemplo, exigir simplemente menores niveles de abstinencia), sino al análisis en profundidad de para quién y cómo están pensados los servicios y si, sabiendo que sólo llegan al conjunto de los recursos de atención a las drogodependencias un escaso 10% de los sujetos posibles, ésto no es un claro indicador de que el espacio de conexión entre la necesidad real y los

recursos está definido y funciona de una manera inadecuada.

Si hoy sólo pudiéramos plantearnos un objetivo inmediato de reforma habría que convenir en abordar la revisión del primer contacto ya que la mayor parte de nuestra posibilidad de intervención nos la jugamos en él. Sólo un sujeto adecuadamente conducido a la vivencia de necesitar ser atendido y adecuadamente acogido tiene posibilidades reales de seguir un proceso de recuperación.

No obstante, parece existir acuerdo en que el diseño y la práctica de la acogida depende fundamentalmente de la formación y la actividad profesional de todos y cada uno de los miembros del equipo de atención. Toda la estructura del servicio, pero en especial la acogida sólo será válida y útil si cuenta con personal capaz de una actitud globalizante, con visión multidisciplinaria, con capacidad de asumir funciones diversas, dispuesto a relativizar la preponderancia de su propia formación y de su propia y especializada manera de intervenir. Revisar, evaluar los dispositivos de acogida ya hemos dicho que sería tarea prioritaria; pero la primera y principal variable de esta revisión pasa por dirigir una mirada hacia la formación, la actitud, el talento, la empatía, etc., de los profesionales..., su capacidad de «atracción» y de «retención» de las personas con problemática de drogodependencia.

6. EL EMBUDO SOCIAL

En cualquier caso, siguiendo en la línea de la revisión pragmatista, parece claro que:

- se recuperan bastantes menos de los que nos llegan por primera vez;
- parecen incorporarse al problema más personas de las que llegan a ser atendidas;

- sólo una parte muy pequeña de los que consumen de manera problemática llegan a acceder a un servicio especializado y han pasado bastantes años de dificultad hasta que llegaron a pedir ayuda;
- la población en contacto con las drogas o en situación de consumo todavía no problemático, es definitivamente mayor que aquella que tiene acceso a los recursos especializados;

Parece darse un auténtico embudo social: la preocupación, los recursos, los sistemas de atención, la catalogación del problema, se dan en la parte más estrecha y de la manera más estrecha y constreñida, donde el margen de maniobra es menor y el número de sujetos que finalmente podrá «salir» será escaso.

Una reflexión lógica, no contaminada por las urgencias sociales, no sometida al poderío y el prestigio profesional ni a un falso dilema político, debería conducirnos a no revisar simplemente las intervenciones que tienen relación con los momentos más tardíos y la parte de la población más degradada por los efectos de las drogas.

Quizás podríamos caer en una cierta trampa saducea si nos limitáramos a hacer una revisión de los modelos de asistencia, ya que daría por bueno el hecho de que prestamos atención sólo a unos pocos y cuando ya están en las fases últimas de sus problemas.

La revisión de los modelos de atención nos debe llevar, si se quiere en primer lugar, a conseguir que con los pocos que acceden a los servicios se haga algo sensato, se gestione una real mejora humana y social, se gestione una auténtica integración social, pero... habrá que ir más allá. Lejos del simplismo de la contraposición «modelo sanitario-modelo social» convendría pensar en la aplicación práctica de criterios como éstos:

- a) Desde la atracción inicial por el consumo hasta los momentos de mayor degradación existen múltiples situaciones en las que es posible prestar atención. En los momentos más precoces es cuando se puede intervenir de la manera más humana y más simple.
- b) Bajo la conceptualización de la «derivación» en las drogodependencias se ha producido una total tendencia a la «delegación», a dejar el tema para otros más entendidos. La clave de la revisión debe situarse en el cómo hacer que, desde el principio al final, los profesionales de la educación, de la atención sanitaria, de la intervención social, de la animación juvenil, etc., asuman su papel. La concepción del problema y de las maneras de abordarlo deben impedir que los profesionales de primera línea se inhiban ante él.

Esta línea de revisión comportará, por supuesto, dotar a todos estos profesionales de instrumentos para que asuman el problema como propio, nunca derivable en su totalidad, afectante a muchos problemas y necesidades del individuo.

7. DIEZ PREGUNTAS Y UNA CONSTATAION

Entrar en el proceso de «duda revisora» que se sugiere en este texto no tiene por qué conducir a una sensación de que nada en concreto se puede cambiar, de que no sabemos cómo mejorar, cómo racionalizar, lo que estamos haciendo. Aunque realmente deben plantearse dudas en profundidad, se puede empezar por abordar la contestación sistemática, por ejemplo, a los siguientes interrogantes.

- 1) ¿Cuál es realmente la población que atendemos? ¿Cuáles son sus características profundas? ¿Cómo ha evolucionado en los últimos años?

- 2) En todos los recursos, ¿se acepta como necesaria la evaluación? (Una evaluación no sobre la eficiencia del propio sistema, sino sobre el resultado de la actuación, sobre el estado en el que quedan los que siguen, los que acaban, los que se van.) ¿Cuáles serían en la práctica las variables y los sistemas de evaluación?
- 3) En cada grupo de drogas, en cada estilo de consumo, ¿cuáles serían las maneras de estimular la autoayuda, las maneras de que el individuo se ayude a sí mismo?
- 4) Idem, pero para promover la ayuda mutua, la ayuda entre colectivos.
- 5) ¿Cuáles son las fórmulas más eficaces para poder promover ya, la ayuda a la persona drogodependiente en los momentos iniciales? ¿Qué fórmulas prácticas pueden aplicarse para que intervenga el educador, el trabajador de la asistencia primaria, el animador juvenil, etc.?
- 6) Cuando han de intervenir los servicios especializados, ¿cuáles son los criterios y los canales de derivación, de seguimiento y de retorno?
- 7) ¿Qué tipo de recursos especializados son en este momento más eficaces? (A qué tipo y cantidad de personas pueden atender, con qué costos para el propio usuario, en función de qué objetivos...)
- 8) ¿Cómo mejorar y reconvertir los diferentes tipos de recursos especializados existentes en la actualidad?
- 9) ¿Cómo mejorar (o crear) la relación entre los sistemas de atención a las drogodependencias y otros sistemas, de gran impacto sobre el tema, como el judicial-penal?

- 10) ¿Cuál es el tipo y estilo de la formación de postgrado que es necesaria para que los diversos profesionales devengan sujetos capaces de intervenir en la línea planteada aquí?

Los interrogantes concretos podrían ser muchos más, pero para no hacer interminable este documento convendría formular también un cierto acuerdo global. Ya se ha planteado el error craso que supondría entrar a revisar sólo y exclusivamente la parte final del embudo, enfocar el prisma del análisis exclusivamente sobre la asistencia. Incluso, en otros momentos, hemos insistido en el poco sentido que tiene dedicar todos los esfuerzos a la asistencia y olvidarse de la prevención.

Quizás no se trate de eso. Más que de variar el objetivo se trataría de ampliarlo. No se trata de hacer tratamiento o hacer prevención. **DEBEMOS HABLAR DE INTERVENCION.**

Si tenemos muchas personas que experimentan con las drogas, algunas que consumen, de vez en cuando, otras que ya empiezan a hacerse adictos, otras que sufren una fuerte situación de dependencia y —según cuál sea la droga— un grave deterioro social, hemos de plantearnos supuestos básicos de «intervención» desde el principio al final. No podemos aceptar la dicotomía, sino generar una intervención que debe diseñarse, planificarse y evaluarse para tres grandes supuestos:

- a) actuaciones sobre la población general;
- b) actuaciones sobre la población en «contexto de riesgo»;
- c) actuaciones sobre las personas profundamente afectadas por las drogodependencias.

En los tres supuestos se ha de hacer prevención, se ha de prestar atención, se han de abordar los problemas desde el nivel primario y a partir de su globalidad.

POST SCRIPTUM

Me he puesto a redactar la presentación de este texto —que como he advertido tiene casi un año— unas horas después de celebrar una extraña conferencia-sesión terapéutica en la Asociación de Vecinos de un barrio difícil de la periferia de Barcelona. Un grupo de madres y padres, asociados en torno a los problemas de las drogas, convocan abiertamente, cada primer jueves de mes, a los jóvenes del barrio con graves problemas de drogodependencia. Con su estilo, les prestan ayuda facilitándoles un refrigerio y la palabra de un «profesional» que conteste a sus preocupaciones e interrogantes.

En torno a una mesa se sentaban una docena de padres y otra de jóvenes con graves drogodependencias, y al que esto escribe le tocó contestar, mediar, tranquilizar, estimular pensamientos e ilusiones de recuperación. Más allá de la descripción de esta curiosa dinámica de grupo, recuerdo esta experiencia para acentuar las tintas y las urgencias de algunas de las reflexiones del texto anterior; para añadir dudas y sugerencias al repensar colectivo sobre los modelos de atención.

Resulta curioso, en primer lugar, que un grupo amplio —algún jueves superan la veintena de jóvenes— con consumos graves de heroína acudan a charlar a una asociación de vecinos y no se sientan atraídos por el servicio de atención a las drogodependencias de la zona. El grupo con el que dialogué expresaba proyectos de recuperación —diversos y matizables, pero en la línea de la búsqueda de una vida menos conflictiva— y, sin embargo, el servicio de atención pensado para ellos no estaba allí; no había habido manera de que estuviera presente para diseñar y ofrecer conexiones, cables, sugerencias, seducciones renovadoras para esas vidas que, al menos en parte, ellos querían cambiar. Nuestros dispositivos de atención

segúan lejos, esperando demandas expresadas en los términos que a nosotros nos parecen obvios y convincentes, significativos de un propósito de vida sin drogas. A algo de todo esto quería referirme cuando en las páginas anteriores planteaba la necesidad de interrogarse sobre «los que nos llegan y los que se quedan».

Salí de la reunión con tres grandes convencimientos. Por un lado, tuve la percepción de que la diversidad de necesidades, de conflictos, entre las personas afectadas por consumos de drogas que dan algún paso adelante para modificar sus problemas, es cada día mayor. Nuestros dispositivos habrían de ser capaces de acoger a aquel semi-camello que quería parar de inyectarse heroína pero que decía haber «vivido» lo suficiente como para no querer seguir existiendo sin una manera u otra de «colocarse». De la misma manera, los dispositivos deberían ser capaces de buscar la fórmula para recuperar a aquel otro que quería un método para abandonar simplemente porque veía peligrar un trabajo fijo que mantenía desde hace años; se agarraba a él como lo más preciado y entraba en crisis porque le parecía sin sentido gastarse todo lo que ganaba en comprar «caballo» el fin de semana. Más fácil, quizás, sería para los dispositivos actuales el entender a alguno de los otros cuya situación límite era palpable, cuya búsqueda de una salida totalmente diferente del mundo en el que estaba parecía ser bastante evidente; su problema era que les habían dado hora para un mes después sin que nadie provocara, mientras tanto, una mínima acogida.

Pero, por otro lado, aquel colectivo con años de consumo, deteriorado y en búsqueda de salidas, acabó llevándome también al convencimiento de que los dispositivos de atención a las drogodependencias han envejecido al mismo ritmo que ellos, que esos jóvenes adultos heroinómanos a los que atendemos. La distancia entre el

mundo de esos pacientes, que hasta ahora han determinado la manera de ser y de actuar de los servicios, y los nuevos colectivos, que hoy se incorporan al consumo de drogas, parece ser enorme. La distancia entre esos «viejos» heroinómanos y los nuevos jóvenes de su propio barrio que también consumían drogas me pareció enorme. Sustancias, consumos, estilos de vida, valores, hábitos, conductas... parecían pertenecer ya a mundos distintos. El modelo sociológico terapéutico y los estereotipos de persona con consumos problemáticos de drogas parecen haberse quedado ya a años luz de las nuevas generaciones de consumos y de consumidores.

Finalmente, al igual que parece estar pasando en otros ámbitos sociales, me

reafirmé en el convencimiento de que, también desde la perspectiva de las drogodependencias, se va consolidando un colectivo —complejo y diverso— de personas abocadas ya a una profunda degradación y marginación con escasas salidas, difícilmente accesibles con programas y dispositivos pensados sólo en términos de salud, y sin medidas permanentes de choque, destinadas a «enriquecer» el conjunto de sus vidas, sin que nos sea posible, hoy por hoy, pensar para ellos proyectos viables de abstinencia.

Sólo un observador ciego, o un «terapeuta» anclado a la defensiva en sus sistemas, dejaría de considerar que ha llegado el momento de pensar en los modelos de intervención.

Anexo

Finalmente, no queda más remedio que pensar en los modelos de atención

(Capítulo 5 del libro *Incorporarse a la Sociedad*, Inma Mayol y J. Funes. Cruz Roja Española, Madrid, 1989.)

Los intentos de profundizar el tema de la llamada reinserción nos han conducido a la revisión de todo el «proceso de recuperación» y a recolocar, a lo largo de él, tanto las intervenciones socializadoras como las actividades que posibilitan el mantenimiento, la permanencia en el recorrido recuperador. Pero el planteamiento crítico nos ha llevado inevitablemente a la discusión de los modelos de atención. Una manera u otra de considerar la reinserción comporta inevitablemente una forma de atención que la haga posible, que la fomente o que, al menos, no la impida.

Ya hemos señalado que nos era imposible considerar la reinserción como una etapa más, o como la última etapa. Hemos insistido en que no se trata solamente de

discutir quién organiza determinadas actividades consideradas «socioterapéuticas». Querer diseñar, planificar, organizar el capítulo de la reinserción comporta, *ineludiblemente*, reenfocar todo el sistema de atención.

En las páginas que siguen no pretendemos proporcionar ningún modelo. No vamos a vender un producto definido. Se trata de una reflexión abierta desde la reconsideración de la reinserción; se trata de una serie de sugerencias, de elementos que deben estar presentes cuando, en cada circunstancia, se diseñan servicios y recursos.

Ante la enorme dificultad que supone el plantear un modelo organizativo de aten-

ción a las toxicomanías porque implica uniformizar situaciones dispares, a veces contradictorias, optamos en este apartado por reflexionar sobre criterios que han ido surgiendo, desestimándose, volviendo a surgir cuando hemos pensado cómo haríamos esta ardua tarea.

No tenemos, pues, tampoco nosotros la varita mágica, ni, por otra parte, el deber-responsabilidad de quien tiene que definirse y, por lo tanto, escoger el modelo óptimo de organización y que seguramente acabará escogiendo el menos malo porque hoy en día todos somos conscientes de la dificultad que conlleva el poner orden a este complejo entramado de recursos que han ido surgiendo sin planificación, que se crean porque eran necesarios y servían, y que seguramente continúan siendo insuficientes bien por la ubicación, bien por sus recursos.

18

Somos conscientes también de que la mayoría de reflexiones que aquí recogemos implican y parten del análisis del trabajo que se lleva realizando en diversos ámbitos de intervención: el sistema sanitario, los recursos de acción social, los programas de atención a los jóvenes..., todos ellos piezas clave en los que apoyar e integrar las necesidades que requiere un colectivo social afecto de una sintomatología específica como son las toxicomanías.

Ya en otros apartados de este documento planteamos el que debido a la inmensa presión social que el tema toxicomanías genera, nos vemos abocados a reflexionar, diseñar, investigar aspectos de la realidad social que cuando se manifestaba de otra manera, menos crudamente, en otros fenómenos no se favorecía. Pero dicha inversión debe realizarse en la perspectiva de entender que cuando el contexto social haya incorporado como propia esta realidad y, por tanto, haya aprendido patrones de respuesta normali-

zadas a la misma, surgirán nuevas «desviaciones», nuevos temas «estrella», que recogerán los *mass-media* con fruición y ante los que podremos aplicar los mismos criterios, reflexiones, que hoy en día nos provocan el consumo de drogas y todas sus consecuencias.

Esta anotación la introducimos para relativizar la sensación de poca claridad, de ambigüedad que puedan dar los párrafos siguientes donde lo que pretendemos es plantear algunos criterios básicos que en la planificación de la respuesta asistencial se deben tener en cuenta.

SALUD, INDIVIDUO Y COMUNIDAD

Al hablar de modelos organizativos óptimos el tema se polariza en torno a tres parámetros que nos pueden servir para introducir las reflexiones comentadas:

- ¿Las toxicomanías son un problema médico o social?
- ¿Hay que darles una respuesta específica o normalizada?
- ¿La atención se debe plantear como individual o comunitaria?

Aunque parezcan simplificaciones, como de hecho son, estas bipolaridades surgen cuando desde los más diversos sectores sociales y profesionales se encara el tema. Más aún teniendo en cuenta que escasas veces se puede hablar de ello con la tranquilidad reflexiva que se requiere. A menudo estas discusiones se realizan en contextos donde lo que se está discutiendo de base es la primacía de un sector profesional sobre otro, la repartición de recursos económicos, o la validez de modelos de intervención.

El debate sobre aspectos médicos, aspectos sociales, tiene sus raíces en la antigua división del hombre en cuerpo-mente que más modernamente se ha

canalizado en la división entre orgánico-psicológico-social como si fueran tres aspectos diferentes que componen una realidad.

Aunque a nivel intelectual, e incluso en amplios sectores profesionales (de las diversas disciplinas), se incorpora la lectura globalizada, persiste en los *currícula* universitarios y en las prácticas profesionales cotidianas, bajo la defensa de la especialización, la división citada.

Lo orgánico, tangible, comprobable, aparece como el aspecto más real y por tanto más serio; lo psicológico y social, por difuso e inconcreto, como lo especulativo y, por tanto, más relativo. Ello hace que se depositen más expectativas en la solución médica, que aun comprobando individualmente su no eficacia no consigue cambiar la representación social existente del poder mágico que tiene.

Las toxicomanías como un problema de salud más, tienen que ver fundamentalmente con los estilos de vida que una población tiene. Estos estilos de vida están condicionados por contextos económico-sociales y expresados en conductas y modelos relacionales. Aislar uno de estos elementos es perder la posibilidad de conocer en toda su complejidad esta realidad.

Sólo el convencimiento de lo parcial del conocimiento individual y la disponibilidad para continuar aprendiendo de otras disciplinas, siendo permeable a lecturas diferentes, fruto de modelos epistemológicos y vivenciales diversos, puede permitir a un colectivo de profesionales convertirse en equipo de trabajo; superando los dogmatismos y parciales puntos de partida que la formación académica impone.

El segundo parámetro de análisis es el dilema individual comunitario. Aún priva en nuestro contexto social la concepción de

las toxicomanías como un problema individual surgido por las carencias de un individuo y la acción enérgica y destructora de la sustancia.

Este estereotipo que da lugar a la relación dependiente-toxicómano-enfermo/curación-profesionales ubica el tratamiento como un «affaire» individual. El abordarlo en términos de trabajo comunitario significa ampliar el campo de visión, recolocando el análisis del problema y leyéndolo como un fenómeno de desviación, producto de un proceso interactivo entre sujeto y contexto normativo que define sus acciones como aprobadas o desaprobadas¹.

Aquí debemos introducir algunas reflexiones sobre la representación social de las drogodependencias que tiene la población, ya que dicha representación condiciona el fenómeno mismo y, por tanto, la forma de abordarlo. Con ello queremos plantear que la visión de un grupo social tiene de unos hechos, la explicación de su origen, su posicionamiento afectivo, las soluciones que imaginan, influyen directamente en las características del fenómeno.

La identificación de toxicómano con joven marginal que va en contra de la ley y que tiene muy pocas posibilidades de «curación», hace que los sujetos consumidores de heroína se perciban a sí mismos con dichas características y, por tanto, con una identidad que es difícil encontrar a través de otras conductas.

Estos estereotipos se van creando a partir de la interacción de la población con los medios de comunicación social que resaltan como noticia aquello que más impacta contribuyendo así a mantener el tema fuera de la normalidad. Ni que decir tiene que en este contexto el tratamiento

¹ J. FUNES y C. GONZÁLEZ: «Imágenes sociales, política criminal y proceso terapéutico en las drogodependencias», *Comunidad y Drogas*, 3, Madrid, 1987.

de los heroínómanos y, en general, de personas consumidoras de drogas no institucionalizadas o con modalidades de uso no normativo es francamente difícil, puesto que la etiqueta es un buen factor de mantenimiento de un comportamiento. Es por ello que el trabajo comunitario cobra especial interés en la medida en que se plantea como objetivo modificar la representación social de la población permeabilizando, amplificando la visión del fenómeno, de forma que sea posible obtener nuevas informaciones que permitan posicionarse con menor rigidez.

Aquí se junta lo que podríamos llamar programas de prevención-tratamiento-reinserción, puesto que a partir de la sensibilización de personas preocupadas por el tema pueden crearse redes de apoyo social que contribuirán a la mayor aceptación del mismo y, por lo tanto, a la modificación de los patrones de conducta etiquetadores de los consumidores.

Si no es así, es difícil que una persona modifique la percepción de sí mismo y, por tanto, pueda iniciar un cambio cuando desde fuera se le está recordando sus vías de identificación. Ello pone de manifiesto uno de los más importantes elementos al hablar de reinserción y que hemos repetido en este documento hasta la saciedad: la necesidad de que los recursos de atención tengan una clara ubicación en un territorio, próximo al ciudadano y con amplio conocimiento del mismo.

Los estilos de vida tienen características genuinas que condicionan modelos de consumo y de respuesta social que deben ser tenidos en cuenta también en el abordaje individual y familiar de las drogodependencias. Ello nos conecta con el tercer parámetro: respuesta específica/normalizada que entramos a analizar.

El por qué del surgimiento desde los años setenta de recursos específicos,

especializados en la atención a las toxicomanías, tiene a nuestro parecer raíces profundas en la necesidad de obtener la *seguridad* de que «alguien» se ocupa del tema. Ante la delegación que los diferentes sectores sociales hacen de las toxicomanías, puesto que piensan que poco tiene que ver con ellos, políticos, administradores buscan en la generación de un recurso la tranquilidad de haber hecho algo. A los profesionales no especialistas les sirven como una buena excusa para la derivación. Para la población general juegan el papel de contención de una angustia incontrolada ante la amenaza que supone el fenómeno.

Esta situación pone de manifiesto la atención que se presta a lo novedoso y específico que tiene el consumo de heroína en relación a otras problemáticas sociales: las características de la sustancia, la vía de administración (endovenosa) y el precio, con su vinculación directa a los delitos contra la propiedad. Los elementos que subyacen y que son generalizables a tantos otros fenómenos como:

- La crisis de la adolescencia con las dificultades de independencia respecto al núcleo parental.
- La realidad social de fracaso de los canales tradicionales de socialización: escuela, familia, trabajo...
- Los problemas de estructuración de la personalidad, etc.

están tamizados por el cedazo de lo diferente y se lee el fenómeno en su globalidad a partir de las claves de interpretación de lo novedoso, siempre exterior al sistema social en que surge.

Es más fácil para cualquier núcleo social reconocer las desviaciones que en su seno surgen como consecuencia de factores externos, que analizar funcionamientos internos propios que dan lugar a su surgimiento. La asunción por parte de

los recursos específicos de la atención a las drogodependencias, por el solo hecho de su existencia, favorece dicho planteamiento.

Nos encontramos coyunturalmente ante una situación que requiere seguramente la existencia en la red general de alguno de dichos recursos que dinamice la puesta en marcha de programas de atención desde las redes normalizadas que, a menudo, se muestran reacias a incorporar el tema como un aspecto más, por las razones esbozadas anteriormente.

Para que dichos recursos específicos puedan hacer esta función y no tiendan a autoperpetuarse (aspecto inherente a cualquier institución) es bueno delimitar su existencia temporalmente previendo su reconversión. En este sentido y al hablar de redes normalizadas queremos hacer alguna anotación a la importancia de la superación de la actual división de la atención primaria en sanitaria y social con dependencias, ubicaciones y posicionamientos tan diversos.

Afortunadamente, en la realidad, las situaciones se presentan globalmente, integralmente y sólo una organización caduca hace sectorizar y, por tanto, parcializar dicha realidad.

Las trabas administrativas y las inercias personales y profesionales son muchas, pero el análisis de la situación existente y el sentido común que, afortunadamente, tienen muchos profesionales ha permitido ya la realización de experiencias de trabajo conjunto que ponen de manifiesto la complementariedad y el enriquecimiento que ello supone, más aún teniendo en cuenta la problemática a la que nos estamos refiriendo.

ACOGIDA, PROGRAMA, EQUIPO

El título de este apartado nos sirve para citar tres aspectos remarcables en la atención a los toxicómanos.

Cuando surge el tema de la organización de las redes asistenciales, el primer punto de preocupación es quién, desde dónde y cómo ha de acoger a los potenciales usuarios, puesto que se reconoce, a nuestro parecer, correctamente la importancia que tendrá en todo el proceso de tratamiento el primer contacto.

Queremos diferenciar dos situaciones en lo que, a nuestro parecer, se engloba en la palabra acogida. Una sería el primer contacto con la red asistencial a través de los aspectos colaterales a la dependencia o enfermedades asociadas, becas de ayuda para alguna necesidad social..., o por síndrome de abstinencia. En una situación en que no se realiza demanda de tratamiento, sino que se entabla una relación con «alguien» que puede ser de «utilidad», por lo tanto, se va a sopesar constantemente hasta qué punto es eso cierto.

Es importante, en este momento, que pueda recibir un trato más en función de lo expresado que del hecho de ser toxicómano, y una relación de comprensión, al mismo tiempo que firmeza, que permita la *continuidad*. Continuidad que puede favorecer, en un momento dado, la demanda de tratamiento.

Esta es la segunda situación a la que nos referimos. Cuando alguien, en un momento dado, demanda ayuda, es porque cree que ha agotado sus recursos para hacer frente a su toxicomanía. Es una posición decidida y débil al mismo tiempo que será sensible a la capacidad de manifestar interés por su situación de parte del profesional. La empatía, requisito importante en este momento, favorecerá el mantenimiento de las expectativas que una mínima continuidad requiere.

Estos apuntes sirven para expresar que hay que diferenciar las dos situaciones porque lo que podemos pretender es bien diferente, aunque las dos pueden contri-

buir a ser el inicio de un proceso de recuperación. La preparación profesional en contenidos y habilidades relacionales será elemento clave para una buena acogida que, por otra parte, es una manera privilegiada de aprendizaje que deberían realizar todos los profesionales implicados en la atención.

En el término programa queremos resumir el conjunto de recursos, tanto farmacológicos, psicoterapéuticos, como relacionales, o de aprendizaje, que hacen falta en el proceso de recuperación de un toxicómano. El peso que tendrán unos u otros en cada sujeto variará, pero la necesidad de combinar coherentemente y de acuerdo con los objetivos que usuario y equipo de tratamiento se planteen, parece indiscutible.

El cómo plantear este programa es un punto que queríamos tratar específicamente. En concreto, la necesidad de que sea un equipo de trabajo que tenga en cuenta la realidad territorial del individuo, sus vínculos sociales, el que en su globalidad lo plantee, a sabiendas de que no basta haber tenido en cuenta las características del individuo sino que requerirá el acuerdo explícito de objetivos y métodos.

Sólo si esta persona se siente parte activa de su recuperación pueden aflorar la responsabilidad e iniciativa que el consumo repetido de drogas ha inutilizado.

Al mencionar el tema del equipo entramos en un aspecto poco resuelto en el trabajo sociosanitario. A menudo confundimos la yuxtaposición de despachos o profesiones con lo que es un equipo. Plantearse su constitución quiere decir dedicar tiempo y espacio a la creación de un elemento que determinará no solamente la eficacia de la intervención, sino el bienestar de los profesionales implicados. Hace falta espacio y tiempo para la obtención de un esquema referencial común, que no idéntico, para el planteamiento y revisión

de objetivos de trabajo, para la división y clasificación de funciones...

Aquí surge el tema de la formación como requisito y necesidad que en un posterior capítulo trataremos más ampliamente, pero que se presenta como una manera organizada y constante de ir constituyendo el equipo.

VISION GLOBAL, VISION ESPECIFICA

Puede que estemos dando la impresión al lector de que no deseamos definirnos, mojar nos, en la concreción de un modelo organizativo. No es así. El modelo utópico no existe, porque se olvidaría de algo tan elemental como la diversidad de realidades a las que servir. ¿Podemos concretar más? Algo sí.

Tanto si los recursos para atender a las drogodependencias se crean como especialización de la atención primaria normalizada, como si son recursos especializados con tendencias y dinámicas de progresiva normalización, habrán de tener en cuenta —además de los criterios básicos que hemos señalado— otras variables que intentaremos resumir.

La discusión sanidad-servicios sociales puede enmascarar una variable más fundamental: la concepción global o segregadora que tanto un ámbito como el otro pueden tener. No se trata simplemente de discutir si la atención a las toxicomanías ha de estar en salud o bienestar social, argumentando virtudes y defectos de cada ámbito. Lo que debe considerarse realmente es la ubicación y la concepción, dentro de la intervención en una comunidad, qué servicios de uno u otro ámbito tienen.

Es decir, el cuadro de análisis debe ser de doble entrada: por un lado debe tenerse en cuenta el nivel en el que se ubica la atención, pero por otro, debe revisarse

también la concepción, la ubicación del tipo de intervención. Puede darse perfectamente un dispositivo de atención montado a partir de un servicio no primario pero con un tipo de intervención globalizante, comunitaria, normalizadora (por ejemplo, las unidades de salud mental en el País Vasco). Pero también puede producirse la ubicación superespecializada partiendo de un recurso que se supone de atención primaria (por ejemplo, los dispositivos para drogodependientes creados a partir de Servicios Sociales, pero que se mantienen estancados, identificados como servicios de atención a los drogodependientes y sin incorporación globalizadora de otras áreas como salud o juventud).

Como reflejamos en el gráfico (véase figura 1), las combinaciones pueden ser múltiples. Una u otra puede ser más o menos impuesta por la realidad existente; no obstante, no todas respetan por igual los criterios que hemos señalado y, sobre todo, no todas las fórmulas tienen la misma tentación de autoperpetuarse, de

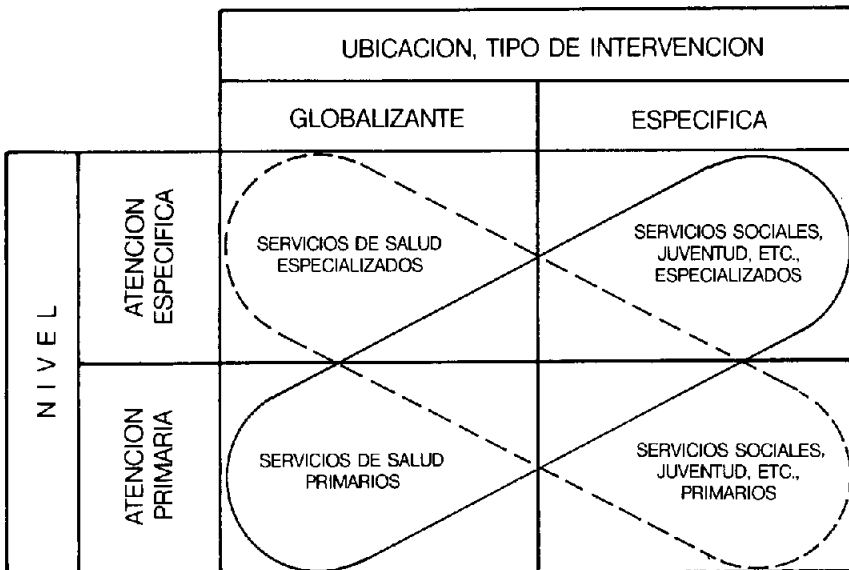
rechazar la progresiva reconversión a la que han de someterse.

Como principio irrenunciable, habrá que situar la ubicación del dispositivo, siempre en algún espacio, en algún área, que tenga visión global, a pesar de que se corra inicialmente el riesgo de la etiqueta de lo específico. Se tratará, en todo caso, de diseñar desde el principio los factores que pueden corregir la desviación generada por el tipo o nivel de servicios en el que se coloca (corregir, por ejemplo, la tendencia a la medicalización cuando se le sitúa en un ambulatorio de salud primaria, o la psiquiatrización cuando se le ubica en una unidad de salud mental).

**TENER LA PUERTA DE ENTRADA.
TENER TODOS LOS RECURSOS.
USARLO TODO SIN TENER NADA**

La discusión concreta sobre modelos también puede plantearse en términos de

FIGURA 1

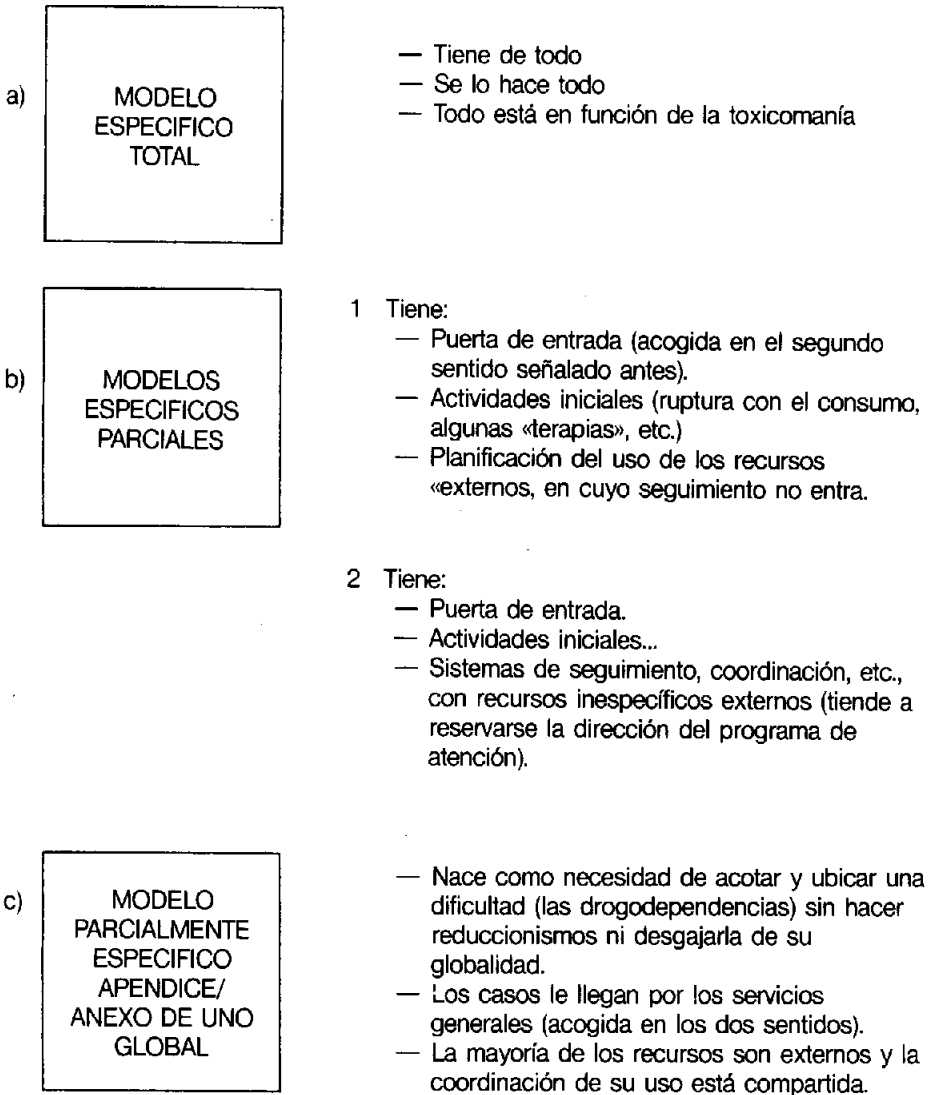


«cantidad», es decir: qué parte del recurso responde a una organización específica y qué parte a una organización primaria y generalista. No se trata ya tan sólo de donde situar el dispositivo, ni de qué filosofía de intervención lo presidirá, sino que deberemos precisar qué recursos o elementos del conjunto se sitúan en cada nivel. Las fórmulas, de nuevo, vuelven a

ser múltiples (véase figura 2) y puede plantearse el hibridismo y el avanzar progresivamente hacia modelos cada vez más integrados.

Para no caer en un dilema esterilizante conviene recordar que no se discuten los extremos: específico o normalizado. Los términos de la discusión son: hasta qué

FIGURA 2
Modelos organizativos de los recursos para la atención a las drogodependencias



punto pueden ser recursos específicos sin dejar de ser normalizadores; hasta qué punto pueden ser normales y dar respuesta a demandas específicas.

Si pudieran reunirse los criterios diríamos que: *en cada territorio debe establecerse aquel nivel de especificidad capaz de permitir vivenciar al sujeto que la dificultad que él está viviendo (a menudo como específica: «Soy drogadicto») es atendida, sin que para ello se enquite en el sistema de atención o en la propia vivencia; evitando también que surjan impedimentos e imposibilidades para establecer mecanismos de relación y coordinación entre áreas, servicios, recursos, etcétera.*

Sabiendo, finalmente, que una gran parte dependerá de las personas. Es el «especialista», encerrado en su ámbito, el que, con frecuencia, hipervalora la necesidad de recursos específicos. Como recordamos en el capítulo dedicado a la formación, una estructura sólo será idónea en la medida en que disponga de personal globalizante, con visión multidisciplinaria, con capacidad de asumir funciones diversas, dispuesta a relativizar la preponderancia del servicio en que se inscribe su actuación.

POLITICAS GLOBALES: UNA RED DE OCASIONES PARA CAMBIAR

Aunque ni siquiera intentaremos hacer un resumen, nos parece importante recordar, por último, que el diseño de un modelo de atención a las toxicomanías debe remitir, además, a otros marcos conceptuales de política global:

- La integración de los «servicios personales».
- La política global de juventud.

Como otros muchos conflictos y dificultades a los que, a menudo, nos hemos referido, la atención a las drogodependencias es subsidiaria del diseño de los servicios sociales, de los servicios de juventud, de la educación —tanto en su marco reglado como en el menos institucional— de la política de ocupación, etc. Como hemos señalado hablando de la Justicia de Menores, «mucho nos tememos que el problema de la intervención global es algo hoy en día no resuelto, en prácticamente ningún nivel de la Administración. Los debates en torno a las «áreas de servicios personales», la «descentralización», las «comisiones de coordinación interdepartamental», etc., evidencian importantes problemas de organización previos» (...).

«Tener en cuenta la globalidad, en la que inevitablemente se enmarca la atención, supone que, aunque el objetivo que socialmente se le encomienda sea el de reducir e impedir los actos socialmente conflictivos, debe considerar que su consecución probablemente sólo será posible si se da una intervención global que afecte a múltiples aspectos del individuo que circunstancialmente se dan asociados a la actividad problemática que desea evitarse²»

Como horizonte, como meta que ayudaría en su trabajo, el profesional seguirá deseando que las Administraciones lleguen a tener capacidad de generar programas globales para la infancia, para la adolescencia o la juventud, en los que también quepan aquellos que tienen asociadas problemáticas de drogodependencia.

Dificultad, padecimiento, *dissagio*, desviación, disociabilidad, marginación..., forman un cuadro de situaciones, expresa-

² C. GONZÁLEZ y J. FUNES: «Delinqüència juvenil, justícia i intervenció comunitària», *Papers de estudis i formació*, 2, Barcelona, 1987.

das de una manera o de otra y a las que debe darse respuesta organizando el conjunto de instancias, áreas, profesiones, técnicas y administraciones que intervienen o deben intervenir. Pensar que la discusión sobre los temas de diseño es una simple disputa sólo de la ubicación en la sanidad o en los servicios sociales es un reduccionismo que no conduce a la búsqueda de modelos apropiados.

En un panorama sin coordinación entre servicios/áreas, la disyuntiva que puede plantearse es la de valorar los esfuerzos que comporta el intentar que los otros (juventud, educación, sanidad, servicios sociales, etc.) incluyan en todo lo que

hacen también a los toxicómanos; o decidirse a renunciar a ello, haciéndoselo todo en el ámbito de la atención a las toxicomanías... Pero, no debe olvidarse que intentarlo de una manera o de otra conduce, a la larga, a situaciones y «soluciones» muy diferentes..., algunas de ellas finalmente inapropiadas.

Aunque sea un simplismo, la respuesta a cómo ha de ser el modelo de atención a las toxicomanías es la misma que debe darse a esta pregunta clave: *¿cuándo, cómo, dónde, quién, dará a cada drogodependiente una razón, un motivo, una circunstancia, una situación... para cambiar?*

José R. Varo*

La atención a la Salud Mental y a las drogodependencias en Navarra

RESUMEN

Se exponen los criterios fundamentales sobre los que se basa el Plan sobre Alcoholismo y Toxicomanías, en el marco del Plan de Salud Mental de Navarra. Se describe el desarrollo y cumplimiento de dichos Planes, explicando la interrelación y coordinación entre las actividades derivadas de ambos. Asimismo, son expuestos el papel y las funciones que desempeñan los diversos centros y recursos asistenciales, describiendo también, en resumen, las líneas básicas del sistema de información y evaluación.

SUMMARY

Medical attention to mental health and drug addiction in Navarre

An examination is made of the fundamental criteria on which are based the Plan on Alcoholism and Drug Addiction, as part of the Mental Health Plan of Navarra. The development and fulfillment of those Plans is described, explaining the interrelation and coordination between the activities derived from both Plans. There is also a description of the role and functions which the various assistance centers and resources play, as well as a summary of the basic outlines of the information and evaluation systems.

27

I. INTRODUCCION

LA situación actual en cuanto a la asistencia a las drogodependencias en nuestro país es delicada. En efecto, se ha realizado un notable esfuerzo por parte de instituciones públicas y también por entidades privadas, en el sentido de implantar y desarrollar centros y recursos asistenciales, por una parte, y por otra en el de situarlos en la mejor forma posible en el contexto de la organización de los dispositivos de atención sanitaria o social. No obstante, persisten

importantes áreas de confusión e indefinición sobre la mejor ubicación e integración de estos centros (Salud Mental, Servicios Sanitarios, Servicios Sociales, etc), su dependencia orgánica y funcional, su modo de relación y coordinación con otros dispositivos asistenciales y otras varias cuestiones, entre las cuales no es la menos relevante la definición explícita y clara de sus funciones y su papel asistencial.

Las diversas posibilidades de ordenación y organización de los recursos asistenciales para drogodependientes y su implementación muchas veces debida a impulsos no coordinados con el resto de actuaciones ha motivado una serie de reflexiones tales como las ventajas o

(*) Correspondencia: Dirección de Salud Mental. Departamento de Sanidad y Bienestar Social. Gobierno de Navarra. C/ Tudela, 24, 31002 PAMPLONA

inconvenientes de la especificidad o exclusividad de los servicios. Se ha considerado que el riesgo de la especificidad y la exclusividad es caer una vez más en la marginación de estos pacientes y de los profesionales que los atienden. Por el contrario, la especificidad podría presentar como aspecto positivo la mayor motivación y formación de los profesionales en drogodependencias y tal vez la utilización de técnicas terapéuticas más depuradas y ajustadas a lo que es la drogodependencia. De esta manera, la atención a los drogodependientes no se vería «diluida» entre otra amplia serie de problemas (sanitarios, sociales, psíquicos), con el riesgo siempre presente de que estos enfermos terminen por ser olvidados o rechazados. Como tantos esquemas demasiado sencillos y globalizadores, estas formulaciones han escondido falacias, intereses no manifiestos y dificultad para la autocrítica. Así por ejemplo, la pretendida mejor formación técnica de algunos profesionales y centros especializados exclusivamente en drogodependencias ha podido tener mucho de improvisación, autodidactismo y elementalidad.

Naturalmente, no podemos entrar en una discusión detallada de estos problemas. Pero sí nos gustaría añadir que se hace necesario ya un esfuerzo en la línea de una auténtica consolidación y normalización de estos recursos y desde luego contrarrestar su evidente tendencia actual al aislamiento.

En este artículo describimos brevemente una situación asistencial concreta. No la presentamos como «la mejor» en abstracto y está sometida a continua revisión y autocrítica. Asimismo es continua la reflexión sobre su adecuación y flexibilización. Es simplemente el modelo asistencial que se consideró más operativo y eficiente, teniendo en cuenta los criterios generales de ordenación asistencial y las circunstancias concretas que luego expondremos.

Es inevitable la sensación de que la riqueza que ha supuesto la implantación de criterios y actuaciones y los profundos cambios asistenciales que se han producido queda bastante empobrecida en esta descripción.

2. EL PLAN DE SALUD MENTAL Y SUS LINEAS BASICAS

El Plan de Salud Mental de Navarra, aprobado por el Gobierno de la Comunidad Foral en mayo de 1986, incluye como subprograma la atención al alcoholismo y las otras drogodependencias. El Plan surgió en un marco de referencia general que incluía el intento de cumplimiento de requisitos como los siguientes:

- Es un subsistema dentro del sistema general de salud, superando el tradicional abandono y marginación de las enfermedades mentales; y a la vez respetando su autonomía en función de su campo de acción, que desborda el marco estrictamente sanitario.
- Está integrado funcionalmente en una red asistencial completa. Integración de recursos, de técnicas y de capacidades, con un enfoque biopsicosocial no reduccionista; mediante un abordaje multidisciplinario de los problemas de salud mental.
- Integral, cubriendo todos los niveles del proceso (prevención primaria, secundaria y terciaria); garantizando la continuidad de cuidados; prestando especial atención a la promoción de la salud mental.
- Centrado en la comunidad, acercando los recursos al entorno habitual de los pacientes; evitando las instituciones «totales» cerradas y marginantes y utilizando todas las potencialidades de las instituciones locales; sectorizando la población atendida.

- Accesible y aceptado por la comunidad; tendiendo a la máxima participación comunitaria y garantizando la equidad en la prestación de servicios.
- Racional; basado en las necesidades observadas más que en la «oferta de servicios», y apoyado por un proceso de planificación y evaluación dinámico y permanente.
- Eficaz, eficiente y efectivo; utilizando todos los recursos e instrumentos pragmáticamente; priorizando en la asignación de unos recursos necesariamente limitados.
- Flexible y adaptable, característica especialmente importante en la primera fase de transición. Flexibilidad adaptativa a unas realidades cambiantes.
- Potenciador de la formación permanente, docencia e investigación; con el intento de ser capaz de motivar a los profesionales hacia la superación, la inquietud científica y la mejora en la calidad de la asistencia.

Con este encuadre, evidentemente ambicioso, el Plan de Salud Mental de Navarra comenzó su andadura. Este desarrollo ha tenido varios hitos importantes, en lo que a aspectos normativos y legislativos se refiere:

Noviembre 1985

Ley Foral 22/85, de 13 de noviembre.
ZONIFICACION SANITARIA DE NAVARRA.

Enero 1986

Decreto Foral 244/85, de 10 de Enero.
SECTORIZACION PSIQUIATRICA DE NAVARRA.

Febrero 1986

Decreto Foral 58/86, de 21 de febrero.
CREACION DE LA DIRECCION DE SALUD MENTAL.

Mayo 1986

Aprobación por el Gobierno de Navarra, del PLAN DE SALUD MENTAL DE NAVARRA

Enero 1987

Decreto Foral 17/87, de 22 de Enero.
PLAN DE ALCOHOLISMO Y TOXICOMANIAS.
COMISION DE COORDINACION.

Febrero 1987

Decreto Foral 40/87, de 19 de Febrero.
ESTRUCTURACION DE LA DIRECCION DE SALUD MENTAL.

Julio 1987

REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS SECTORIALES DE SALUD MENTAL

Enero 1988

Decreto Foral 28/88, de 28 de enero.
PROGRAMA DE FORMACION POSTGRADUADA DE PSICOLOGOS PARA LA ATENCION EN SALUD MENTAL

Como se ha indicado antes, ha resultado ventajoso el que la Coordinación del Plan de Alcoholismo y Toxicomanías se haya encontrado integrada en la Dirección de Salud Mental, utilizando su misma estructura e instalación, debido a la importancia del papel que los centros dependientes de esta Dirección tienen en la asistencia a los drogodependientes. Pero hay que destacar también las actuaciones de otros organismos, como, por ejemplo —y especialmente—, el Servicio Regional de Bienestar Social del Gobierno de Navarra, que viene desarrollando amplios y continuados programas en materia de drogodependencias, en coordinación con la dirección de Salud Mental y otras instituciones.

Las líneas de trabajo seguidas por esta Dirección han sido las siguientes:

1. Creación y desarrollo de la red de Centros de Salud Mental, Hospitales

- de Día y recursos no hospitalarios en general.
2. Ordenación, ubicación y sectorización de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.
 3. Plan de formación del personal.
 4. Puesta en marcha y desarrollo del Sistema de Información en Salud Mental.
 5. Plan de Reforma del Hospital Psiquiátrico y programas de rehabilitación y externación.
 6. Atención a programas específicos: drogodependencias, salud mental infanto-juvenil, psicoderiatría.

Teniendo en cuenta el importante área de interés de este artículo (drogodependencias), aquí sólo nos referiremos a algunos de estos aspectos. En efecto, se trata solamente de exponer la asistencia en Salud Mental y su relación con la de drogodependencias en Navarra. Por ello, sólo se describen aquellos aspectos donde más notablemente confluyen o interaccionan ambos niveles. Esto hace que dejemos fuera de esta presentación algunas áreas clave en el proceso de reforma psiquiátrica, pero que tienen menor relación con los dos temas señalados, o cuya relación es más lejana o marginal.

3. LA SECTORIZACION PSIQUIATRICA DE NAVARRA

Considerada como un requisito necesario para la mejor ordenación de la asisten-

cia, y especialmente para que esta última sea prestada con la máxima proximidad y cercanía a la comunidad, la sectorización de Navarra fue realizada sobre la zonificación sanitaria general, con alguna salvedad. En efecto, en el Plan de Salud Mental de Navarra se exponía la estructuración de la atención teniendo como eje al Centro de Salud Mental e implantando uno de estos Centros por cada sector. Tres de las Areas de Salud de Navarra (III, IV, V) poseían una población razonable con respecto a la filosofía del Plan de Salud Mental. Sin embargo, las Areas I y II tenían una población excesivamente numerosa, por lo que fueron subdivididas en cinco sectores de Salud Mental. Con objeto de lograr una mejor coordinación en el trabajo asistencial, más recientemente se ha configurado la organización en dos áreas de salud mental. Cada una de estas áreas está constituida por: cuatro Equipos de Salud Mental (cuatro sectores), un Hospital de Día, una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Y en cada una de ellas existe un Coordinador de Area.

4. RECURSOS EN SALUD MENTAL

4.1. Centros de Salud Mental

La dotación, en cuanto a personal, de cada Centro de Salud Mental es la siguiente:

Sectores de salud mental en Navarra

Centro	Población	Psiqui.	Psicol.	T.S.	Enfer.	Advo.
IA	46.026	2	1	—	1	1
IB	59.502	2	2	1	2	1
IC	67.422	3	2	1	4	1
IIA	71.462	3	1	1	1	1
IIB	91.219	3	2	2	3	1
III	59.645	2	2	1	1	1
IV	40.949	1	1	1	2	1
V	76.287	2	2	1	3	1
TOTAL	512.512	18	13	8	17	8

Los Centros de Salud Mental se encuentran en este momento ubicados en forma diversa, pero su instalación definitiva será en edificios compartidos con Centros de Salud, si bien con la necesaria independencia funcional. De hecho, de los ocho Centros de Salud Mental, cinco se encuentran ya instalados en dicha forma y sigue en marcha el proceso de instalación del resto.

Las funciones asignadas a los Centros de Salud Mental (Reglamento de Funcionamiento) son, en forma resumida, las siguientes:

- Apoyo, asesoramiento y supervisión de los Equipos de Atención Primaria y trabajo comunitario en general en su demarcación.
- Tratamiento de casos.
- Coordinación con restantes elementos del circuito asistencial.
- Seguimiento de pacientes desinstitucionalizados.
- Atención de urgencia e intervención en crisis.
- Contribución a la formación en Salud Mental de Equipos de Atención Primaria, Servicios Sociales de Base, Sanitarios, etc.
- Elaboración, ejecución y cooperación en programas para grupos de alto riesgo.
- Evaluación epidemiológica.
- Autoevaluación.

Aunque se trate de un recurso no específico de Salud Mental, pero teniendo en cuenta su papel clave en la atención a la Salud Mental según un modelo comunitario, exponemos a continuación las funciones requeridas de los Equipos de Atención Primaria de Salud. El trabajo con estos Equipos se considera prioritario, y el apoyo y asesoramiento a los mismos es una parte importante del quehacer del Equipo de Salud Mental.

Funciones en Salud Mental de los Equipos de Atención Primaria

- Identificación de trastornos psiquiátricos.
- Identificación y tratamiento de los aspectos psíquicos de la enfermedad.
- Atención de urgencia e intervención en crisis.
- Detección precoz de los principales problemas de Salud Mental.
- Atención y seguimiento propio de casos.
- Atención con asesoramiento del Equipo de Salud Mental.
- Derivación de casos.
- Orientación y asesoramiento de la población.
- Participación en programas de promoción y protección de la Salud Mental.
- Actividades de formación continuada.
- Contribución en evaluación epidemiológica.

En efecto, en Navarra los Centros de Salud Mental tienen como una importante línea de actuación la colaboración con los Equipos de Atención Primaria, con objeto de que éstos puedan asumir sus tareas específicas en este campo y lograr, conjuntamente entre ambos niveles (Atención Primaria, Centros de Salud Mental), una asistencia a estos problemas no marginante y plenamente integrada en el sistema sanitario general. Esta colaboración y contacto entre ambos puede darse en los siguientes niveles:

- Establecimiento de criterios de orientación de casos.
- Asesoramiento, apoyo y cooperación en casos tratados por el Equipo de Atención Primaria.
- Cooperación en casos tratados por el Equipo de Salud Mental.
- Elaboración de programas y protocolos de actuación preventiva o asistencial.
- Colaboración en actividades de formación.
- Trabajo comunitario en general.

El Centro de Salud Mental realiza estas funciones en contactos establecidos con el Equipo de Atención Primaria, preferentemente en el propio Centro de Salud, en visitas programadas en forma estable.

4.2. Hospitales de Día

Existen dos Hospitales de Día, cada uno de los cuales sirve a cuatro Centros de Salud Mental. Los Hospitales de Día reciben pacientes sólo a través de los Centros de Salud Mental que les corresponden y no realizan después seguimiento ambulatorio, sino que envían al paciente —una vez dado de alta— para continuar tratamiento en su Centro de Salud Mental.

Los Hospitales de Día se utilizan como centros de intervención intensiva y rápida, que evitan en muchas ocasiones la hospitalización del paciente.

Pueden aceptar alcohólicos e incluso algún tipo bien delimitado de otros drogodependientes, atendidos en programas diferenciados. En uno de estos Hospitales de Día se viene desarrollando una interesante e imaginativa experiencia de desintoxicación de pacientes dependientes de opiáceos, a pesar de las conocidas dificultades que este sistema de atención comporta.

4.3. Unidades de Hospitalización Psiquiátrica

Son también dos, cada una de ellas atendiendo a cuatro sectores. De la misma manera que los Hospitales de Día, los pacientes acuden a través de los Centros de Salud Mental, salvo situaciones de urgencia, pasando después del alta a ser tratados por su centro correspondiente. Una de ellas se encuentra instalada en el Hospital de Navarra y la otra (provisionalmente) en el Hospital Psiquiátrico, con el

proyecto de ser trasladada cuanto antes también al Hospital General. La unidad está ubicada sólo físicamente en el Hospital Psiquiátrico, y mantiene sus relaciones funcionales con los Centros de Salud Mental, Hospitales de Día, etc., en la misma forma que la del Hospital de Navarra y no tiene estas relaciones con el resto del Hospital Psiquiátrico, que en este momento se encuentra en proceso de conversión con una serie de programas de rehabilitación.

Las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica tienen asignadas las siguientes funciones:

- Tratamiento y asistencia de los pacientes ingresados, en la forma y pautas establecidas.
- Apoyo psiquiátrico al Hospital General y psiquiatría de enlace, a fin de integrar la atención a la Salud Mental en la asistencia prestada en el Hospital.
- Apoyo a la atención a la urgencia psiquiátrica y a los problemas psiquiátricos generales en los dispositivos de urgencia.
- Participación en los programas de formación de profesionales en Salud Mental.
- Investigación en las áreas de su quehacer y competencia.
- Complimentar los sistemas de información y registro clínicos y epidemiológicos establecidos.
- Participar en los órganos de coordinación y dirección establecidos en la Dirección de Salud Mental y en el Hospital de Día.

En estas dos Unidades existen cuatro camas para tratamiento de drogodependientes no alcohólicos, en programa individualizado, que ingresan a través de los Centros de Salud Mental en la misma forma que los demás pacientes. También ingresan, naturalmente, pacientes alcohóli-

cos, aunque sin que exista un número de camas definidas para ellos.

4.4. Observaciones

Obviamente, si se entiende que estos centros y servicios se configuran como una red asistencial única, es fundamental la asignación de funciones en correcta distribución y, sobre todo, una estricta coordinación y ágil comunicación entre ellos. Y a ello se han dedicado notables esfuerzos a lo largo de 1987 y 1988, potenciando la creación de estructuras estables de coordinación.

Igualmente, hay que señalar las importantes implicaciones de la asistencia que se relacionan con la salud mental y las drogodependencias, en determinados servicios hospitalarios (Medicina Interna, Infecciosas, Urgencias, etc.) y sociales. Lamentablemente, no podemos dedicarles aquí el espacio que por su trabajo requerirían. Por otra parte, muchos de estos servicios hospitalarios son apoyados por los servicios psiquiátricos, que realizan interconsulta habitualmente con objeto de cooperar en una mejor atención de los pacientes que presenten problemas de salud mental o drogodependencias.

5. LA ATENCION A LAS DROGODEPENDENCIAS EN NAVARRA

El Plan de Alcoholismo y Toxicomanías (aprobado, como se ha dicho antes, en enero de 1987) establecía como criterios básicos los siguientes:

— Las peculiaridades epidemiológicas y clínicas que presentan el alcoholismo y las otras toxicomanías hace que un abordaje preventivo y asistencial deba ser de notable amplitud. Este abordaje afecta a estructuras pedagógicas y educativas,

sanitarias, legales, económicas, etc. De ahí se deriva la necesidad de que un plan de actuación en este campo:

- contemple la amplia gama de aspectos implicados: sanitarios, sociales, educativos, rehabilitadores, legales;
- coordine esfuerzos en las distintas instituciones, entidades o grupos sociales;
- garantice la continuidad de las actuaciones en el tiempo;
- alcance al máximo volumen de población afectada o en riesgo;
- emprenda acciones de probada eficacia (aunque sea a largo plazo) y con evaluación posible;
- se caracterice por su flexibilidad y su capacidad de adaptación a los cambios epidemiológicos y a las necesidades asistenciales y preventivas.

— Hasta hace poco se ha venido observando la frecuente presentación de iniciativas y acciones en el campo de las toxicomanías en forma anárquica y desorganizada. Por otra parte, algunas de estas iniciativas pueden resultar más o menos marginantes, al enfatizar tanto los aspectos más peculiares clínicos y asistenciales como —incluso— los preventivos. Frente a esto resulta claro en este momento que es necesario un esfuerzo de normalización de las acciones en este área, normalización que supondría inclusión y coordinación de muchas de las actuaciones en las estructuras generales (educativas, sanitarias, sociales) y que no impediría tener en cuenta la especificidad de determinados programas que requieran una independencia. Además, este intento de normalización ya sería seguramente preventivo, puesto que uno de los problemas reconocidos como importantes (en cuanto que aumenta la dificultad de asistencia y prevención de las toxicomanías) es precisamente su segregación de los recursos y estructuras generales, en parte debida a una mitología tópica, subjetiva y alarmista en estos temas.

— En relación con lo que se viene diciendo, el plan de acciones en el campo del alcoholismo y las toxicomanías contempla como objetivo importante la inclusión máxima de los programas en la red general, tanto sanitaria como social. Pero, por otra parte, y dado que resultan necesarios también determinados recursos específicos (como puede ser el caso de las comunidades terapéuticas) que funcionan con relativa independencia, éstos deben también coordinarse entre sí y con el resto de actuaciones de otros niveles. Tanto en la asistencia como en las actividades preventivas, hay que considerar que el campo de actuación en relación con las toxicomanías se extiende desde un extremo, constituido por acciones no específicas (como pueden ser, por ejemplo, educación para la salud, promoción de actividades para la adolescencia y juventud, tratamiento de determinadas consecuencias somáticas de la adicción, etc.), hasta otro de máxima especificidad, tanto por técnicas en la intervención sobre la dependencia de las drogas como por destinatarios. Entre estos últimos pueden citarse como ejemplo las comunidades terapéuticas o determinadas actuaciones preventivas en grupos de población de alto riesgo.

— En cuanto al nivel donde se realizan las actuaciones, asistenciales o preventivas, es evidente que se trata de una responsabilidad tanto de los recursos sanitarios como de los sociales especializados, y se utilizará en lo posible la misma organización general de ambos.

Dentro del plan de acciones en el área de las toxicomanías se contempla:

1. Asistencia.
2. Prevención.
3. Rehabilitación.

Estas tres áreas de acción se desarrollan con los siguientes criterios:

- Reordenación y coordinación de los recursos.
- Coordinación de actividades sanitarias y sociales y de los organismos responsables.
- Coordinación de los programas especializados con los de tipo sanitario o social general.
- Utilización máxima posible de los recursos sanitarios y sociales de tipo general. Los programas específicos para alcohólicos y toxicómanos se integrarán al máximo en la estructura de la red asistencial general.

Es decir, se entiende que la drogodependencia (incluyendo el alcoholismo, cuyos planteamientos y asistencia han seguido un discurso histórico social, y sólo en parte científico, de características en gran medida similares al más reciente de las otras drogodependencias)* se ha convertido en un problema que alcanza amplias implicaciones, lo que lleva a que cada dispositivo, o institución, etc., debe aportar su parte de ayuda a la resolución de los problemas y a la asistencia de los afectados. Este planteamiento está enfrentado a otros más simplistas que a veces se oyen en formulaciones, como, por ejemplo: «la toxicomanía es un problema de: (educación, sanidad, salud mental, servicios sociales, etc.)». El debate teórico sobre cuál es la última naturaleza de la drogodependencia ayuda poco a la implementación de sedes asistenciales coherentes y eficaces. E incluso en algunas

(*) Enfoque moral (represión, marginación) — enfoque sanitario (concepto de enfermedad, abordaje médico) — problema psíquico (dependencia, tratamiento psicoterapéutico) — problema social (implicación de otras estructuras sociales, prevención). En cualquier caso, la sociedad tiende a considerar la drogadicción como una conducta desviada en relación con las drogas. La diferencia es si se ha entendido esta desviación como un hecho moral del que el individuo es culpable (vicio) o si esta desviación obedece a causas no reprochables (enfermedad) o bien se mantiene la ambivalencia entre ambas concepciones, cosa bastante frecuente todavía.

ocasiones puede encubrir determinadas actitudes de evasión ante los problemas a los que aquí nos venimos refiriendo. Las instancias educativas (educación/prevencción), las sanitarias, las organizaciones y servicios sociales, la Administración de Justicia, etc., y la comunidad en general soportan inevitablemente una parte importante de estos problemas. Se trata, pues, de definir el papel que estos dispositivos y recursos juegan en la atención a los problemas de las drogodependencias y de coordinar las actuaciones.

El Plan de Alcoholismo y Toxicomanías (y la oficina del Coordinador de dicho Plan) se encuentra integrada en la Dirección de Salud Mental. Y ello por razones eminentemente prácticas y de eficacia en la integración y coordinación de recursos en una comunidad concreta como Navarra. No se veía adecuado excluir a la atención a las drogodependencias de los criterios de asistencia comunitaria expuestos en el apartado 1, ni de la utilización de todos los recursos asistenciales. Se intentó, en la medida de lo posible, evitar la duplicidad de actuaciones y programas y la segregación de aquellos relacionados con drogodependencias.

5.1. Asistencia

Tomamos también las siguientes formulaciones del Plan de Alcoholismo y Toxicomanías de Navarra:

— Para una clarificación de la actividad asistencial en este campo, es útil distinguir entre las medidas asistenciales encaminadas a ayudar al enfermo en cuanto farmacodependiente (lo que presupone una motivación a abandonar la droga a largo plazo y unos recursos y personal especializado para el cumplimiento de este objetivo) y, por otra parte, la asistencia a los toxicómanos como individuos que pueden presentar diversos problemas sociales o

de salud, en relación o no con su toxicomanía, y sin que ello suponga la decisión por el paciente de seguir un plan de asistencia o tratamiento de su toxicomanía en sí. Se potenciará al máximo la confluencia entre ambos niveles, pero resulta útil diferenciarlos, tanto de cara al paciente como al personal asistencial.

— El sistema asistencial se configurará de forma ágil y flexible, con estructuras organizativas que le permitan adaptarse fluidamente a las posibles evoluciones del modelo general de asistencia a la salud de la colectividad.

— El sistema asistencial se compone de tres tipos de recursos:

- Recursos sanitarios y sociales de la red general. Su función, como se ha dicho antes, sería la atención a la salud del alcohólico y toxicómano. Pero también determinadas medidas de asesoramiento, derivación de pacientes, información y enfoque de problemas familiares y otros, así como reinserción social.
- Recursos terapéuticos especializados. Su finalidad principal es tratar de la liberación de la droga de forma persistente, la estabilización psíquica y física del sujeto, y la eliminación de la dependencia. Asimismo, deben tratar los problemas psicopatológicos presentes en el paciente y en su entorno inmediato.
- Recursos de rehabilitación y reinserción. Encaminados a facilitar el acceso a otros modos de vida y a una inserción o reinserción social, ayudando al individuo a desplegar sus posibilidades en la actividad e interacción social.

— De esta manera, el sistema de atención al alcoholismo y las toxicomanías se configura en cuatro niveles:

- Nivel primario (sanitario, social).
- Nivel especializado comunitario (Centros de Salud Mental, Centro de Día).

- Hospitalización. En hospitales generales dentro de las unidades psiquiátricas y en otros servicios hospitalarios.
- Programas de rehabilitación y reinserción. Comunidades terapéuticas, programas educacionales, ocupacionales, formación.

Sistema de atención al alcoholismo y las toxicomanías

Niveles	Centros
Primario	— Servicios de atención primaria. — Servicios sociales de base.
Especializado comunitario	— Equipos de salud mental.
Hospitalización	— Unidades psiquiátricas en hospitales generales. — Otros servicios hospitalarios.
Programas de rehabilitación y reinserción	— Centro de día. — Comunidades terapéuticas. — Programas educacionales. — Programas ocupacionales.

36

A continuación se reseñan las funciones asignadas a los distintos centros y recursos en drogodependencias. Como se ha señalado antes, estos recursos son:

- Generales no especializados
 - Equipo de atención primaria
 - Servicios sociales de base
- Nivel especializado
 - No específicos
 - Centros de salud mental
 - Unidades de hospitalización
 - Específicos
 - Centro de día
 - Comunidades terapéuticas
- Reinserción, no específicos
 - Programas ocupacionales
 - Programas educacionales

Las funciones en drogodependencias de los recursos propios de Salud Mental son, como puede verse, coherentes con las anteriormente expuestas para su trabajo en Salud Mental en general. El sistema se rige con los mismos criterios funcionales y de coordinación entre centros (evitando repeticiones y solapamiento de funciones) que para las actuaciones de atención a la salud mental. La coordinación que se sigue también desde la Dirección de Salud Mental (oficina del Coordinador del Plan de Alcoholismo y Toxicomanías) hace, evidentemente, más fácil la integra-

ción y armonización de todas estas actividades. Precisamente por ser más difícil la coordinación entre los centros asistenciales de la red de Salud Mental y recursos no sanitarios (como las Comunidades Terapéuticas), la mejora de esta coordinación es actualmente una preocupación constante. Recursos específicos como las Comunidades Terapéuticas y los ocupacionales y de reinserción en drogodependencias han constituido un tradicional campo de actuación del Servicio Regional de Bienestar Social del Gobierno de Navarra. Debido precisamente a la madurez y desarrollo de estas actuaciones, ha sido más fácil la coordinación, sin solapamiento, de los programas propios de Salud Mental con los de Servicios Sociales.

5.2. Funciones en drogodependencias de los Centros y Servicios

NIVEL PRIMARIO

Equipos de Atención Primaria

- Primeros cuidados y ayuda en situaciones de urgencia o crisis.
- Tratamiento y asistencia de problemas derivados del síndrome de abstinencia de algunas drogas y de la desintoxicación.
- Orientación y asesoramiento del paciente y familiares.
- Participación en actuaciones de educación sanitaria sobre drogas.
- Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos donde se encuentra problemática somática.

Servicios Sociales de Base

- Información y asesoramiento a personas y familias con problemas relacionados con el consumo de drogas.
- Derivación de casos a otros recursos o

alternativas de tratamiento y/o reinserción.

- Información y asesoramiento a personas o grupos de la comunidad para el establecimiento de planes y medidas preventivas.
- Seguimiento de toxicómanos incluidos en otros programas y también de aquellos que han finalizado programas específicos.
- Estímulo y promoción de recursos asistenciales y/o de apoyo que respondan a las necesidades de los afectados.
- Promover la coordinación con entidades públicas y privadas para mejor utilización de recursos.
- Conexión con otros recursos asistenciales de la zona y con actividades de rehabilitación y reinserción no específicas que pueden utilizarse en el campo de las toxicomanías.
- Coordinar, estimular y canalizar la participación ciudadana en la resolución del problema social que genera la drogodependencia.
- Atender la demanda por diversos problemas sociales que genera el toxicómano y su familia, como complemento al tratamiento.

NIVEL ESPECIALIZADO

Equipo de Salud Mental

- Apoyo y asesoramiento de los profesionales y equipos de atención primaria.
- Diagnóstico, evaluación y tratamiento de casos.
- Terapia específica, individual, grupal y familiar de las drogodependencias.
- Asesoramiento y seguimiento de pacientes que se encuentran en otros centros (rehabilitación).
- Formación de profesionales.
- Participación en programas de educación y prevención.

Centro de Día

Tratamiento, en régimen de día (9 a 19 horas) de:

- Toxicómanos para los cuales la separación total de su medio no es lo más indicado.
- Toxicómanos con un soporte familiar que mantiene contacto con los profesionales que llevan el caso.
- Toxicómanos en los que se observa la necesidad de modificar ciertas pautas de relación con su medio social.

HOSPITALIZACION

Unidades Psiquiátricas en Hospital General

- Situaciones de la desintoxicación y/o el síndrome de abstinencia, que no puedan ser tratadas en régimen ambulatorio.
- Complicaciones psiquiátricas de la toxicomanía.
- Determinados tratamientos especializados de la drogodependencia, que deben ser realizados en hospital.

Servicios de Hospitales Generales

- Problemas somáticos que ocurren en drogodependientes, tengan que ver o no con la toxicomanía. Apoyo psiquiátrico.

PROGRAMAS DE REHABILITACION

Comunidades Terapéuticas

- Toxicómanos cuyo modo de vida está totalmente afectado por el consumo y conductas asociadas.
- Toxicómanos con indicación terapéutica de separación total del medio.

- Toxicómanos con graves déficits en su comportamiento y conducta personal y social.
- Toxicómanos que carecen de un mínimo soporte social.

Programas Educativos

- Toxicómanos que en su formación básica no han alcanzado el nivel mínimo para acceder a un empleo u otro grado de formación.
- Toxicómanos que han cumplido su formación básica, pero han «cortado» su formación en otros niveles.
- Toxicómanos de edades más jóvenes.

Programas Ocupacionales

- Toxicómanos con pocas posibilidades de acceso y/o motivación para programas de formación.
- Toxicómanos que siguen programas de rehabilitación, y cuya demanda prioritaria es el empleo.
- Toxicómanos en evanzado proceso de participación en programas de formación.

La tendencia es que la puerta de entrada al sistema asistencial sea, lógicamente, a través de los Equipos de Atención Primaria de Salud o Servicios Sociales de Base. Existen excepciones a esta dinámica, que se consideran en el contexto de la situación asistencial general. Pero se intenta reconvertir estas demandas para que se cuente cada vez más con los servicios de primera línea. Se concibe el sistema, según se ha referido anteriormente, como un todo global, dentro del cual los diversos recursos deben interaccionar entre sí, con el fin de aportar:

- el tratamiento más adecuado a cada tipo de drogodependiente.
- el tratamiento más adecuado a cada

momento de la evolución de la drogodependencia.

Igualmente que en la asistencia psiquiátrica general, el Centro de Salud Mental se considera el eje de la asistencia. Sin embargo, es lógico pensar que dichos Centros no pueden ni deban tratar a todos los drogodependientes y en todas las situaciones. El Centro de Salud Mental cuenta, pues, con la posibilidad de utilización de los otros recursos (Centro de Día, Unidad de Hospitalización, Comunidad Terapéutica, etc.), aunque sin perder protagonismo en la coordinación de las diversas actuaciones, seguimiento familiar, trabajo comunitario, etc.

5.3. Prevención

El Plan de Alcoholismo y Toxicomanías de Navarra señalaba que a pesar de la evidente dificultad que presentan las actividades de prevención en el campo de las toxicomanías, ello no debe llevar al nihilismo ni a la pasividad. Por otra parte, también se indicaba que la labor de prevención de estos problemas requiere la responsabilización colectiva de diversos grupos y estructuras sociales. Por ello, debe promoverse (una vez más, a pesar de las dificultades) la implicación y coordinación de cuantas instituciones o grupos sociales tengan incidencia en los sectores de población en riesgo. Es, pues, importante la coordinación de actuaciones. Pero especialmente, la integración de dichas actuaciones en los demás programas de protección y promoción de la salud mental y física y de la adaptación social, de las que nunca deben separarse. Indudablemente, aunque en prevención nos gustaría hacer «todo», se trata de hacer «algo», hacer lo posible y hacerlo bien.

En esta dialéctica entre lo ideal y lo posible, las actuaciones del Plan sobre Alcoholismo y Toxicomanías de Navarra

se han desarrollado principalmente en dos campos. Por una parte, en la educación sobre drogas en la escuela, centrada en profesores y padres, Por otra, en el progresivo incremento de las ayudas a agrupaciones sociales (especialmente juveniles) para actuaciones de prevención del abuso de drogas, enmarcados en el contexto de la adaptación e integración social.

Para apoyo y realización de tareas de prevención existe un equipo dedicado exclusivamente a la misma (3 profesionales) íntimamente coordinados con el equipo del Ministerio de Educación, que viene desde hace años desarrollando actividades como la realización directa de programas, colaboración, orientación, asesoramiento de otros profesionales o grupos, formación de profesionales, elaboración y evaluación de material educativo, etc. Este equipo, recientemente y en coherencia con lo que venimos diciendo, se ha integrado en la Unidad de Educación para la Salud, perteneciente a la Dirección de Atención Primaria del Gobierno de Navarra.

5.4. Rehabilitación-reinserción

Las Comunidades Terapéuticas que existen en Navarra son todas pertenecientes a la iniciativa privada. El Gobierno de Navarra, no obstante, subvenciona el tratamiento de los pacientes navarros que acuden a ellas, además de contribuir a su mantenimiento, todo ello mediante convenio. Por otra parte, se están dando progresivamente pasos hacia el objetivo de aunar criterios, coordinar los circuitos asistenciales (acceso a través de los Centros de Salud Mental siempre que sea posible), integrar y homologar al máximo éstas comunidades dentro del marco general de la asistencia (Decreto Foral de Acreditación), etc.

Los programas (laborales) de apoyo a la reinserción, entendidos como la fase final

del proceso asistencial, han sido también potenciados con los mismo criterios expresados en el párrafo anterior.

5.5 Sistema de Información y Evaluación

Todos los centros citados en este artículo cumplimentan un Sistema de Información y registro, cuyos datos son remitidos a la Dirección de Salud Mental y ésta los devuelve en resumen, procesados, a cada centro. Este sistema funciona como registro acumulativo de casos y como registro de actividad realizada. Este sistema ya suministra bastantes aportaciones para una evaluación de las actividades y funcionamiento general de los recursos. Pero además de está siguiendo un programa específico de evaluación que utiliza, por una parte, los referidos datos del Sistema de Información (aunque tratados con más profundidad), pero por otra recaba y analiza otras informaciones, como por ejemplo revisión y análisis de intervenciones de urgencias.

En síntesis, el análisis pretende conocer lo más precisa, pero también lo más

operativamente posible, aspectos como los siguientes:

- Características de los pacientes, vías y modos de acceso.
- Utilización del centro por la comunidad (así por ejemplo, tasa de primeras consultas por 1.000 habitantes).
- Actividad asistencial realizada. Descripción, indicadores globales y por profesional y diagnóstico.
- Indicadores de calidad asistencial. Como ejemplo: intervenciones terapéuticas por paciente y profesional, relación primeras consultas/sucesivas, espera, índice de resolución, retención, derivación y seguimiento de la derivación, indicadores de relación con Atención Primaria de Salud, ingresos no programados, fallos y abandonos.
- Evaluación de educación y resultados.
- Funcionamiento general y coordinación en conjunto de los dispositivos asistenciales.

Obviamente, este trabajo de seguimiento y evaluación es flexible, continuado en el tiempo y desde luego encaminado finalmente a la información de los implicados y a la facilitación de un mejor funcionamiento.

40

Centros de salud mental (1988) Primeras consultas (enfermos nuevos)

Total toxicomanías

	Hombres		Mujeres		Total
	N	%	N	%	N
Alcohol	246	84,53	45	15,47	291
Heroína	188	78,99	50	21,01	238
Otras drogas	33	80,49	8	19,51	41*
TOTAL	467	81,93	103	18,07	570

(*) Cuatro casos en tratamiento por cocaína.

Alcohol

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
0-14	—	—	—	—	—	—
15-19	4	16,26	2	4,44	6	2,06
20-24	8	3,25	2	4,44	10	3,44
25-29	20	8,13	7	15,55	27	9,28
30-35	37	15,04	5	11,11	42	14,43
35-39	41	16,67	7	15,55	48	16,49
40-44	27	10,97	3	6,67	30	10,31
45-49	28	11,38	7	15,55	35	12,03
50-54	30	12,19	1	2,22	31	10,65
55-59	25	10,16	2	4,44	27	9,28
60-64	14	5,69	3	6,67	17	5,84
+ 65	9	3,66	6	13,33	15	5,15
Desconocido	3	1,22	—	—	3	1,03
TOTAL	246	84,54	45	15,56	291	

Heroína
Pacientes nuevos por edad y sexo

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
0-14	—	—	—	—	—	—
15-19	10	5,32	6	12,00	16	6,72
20-24	77	40,96	21	42,00	98	41,18
25-29	76	40,42	16	32,00	92	38,65
30-34	15	7,98	4	8,00	19	7,98
35-39	8	4,25	1	2,00	9	3,78
40-44	—	—	—	—	—	—
45-49	1	0,53	—	—	1	0,42
50-54	1	0,53	—	—	1	0,42
55-59	—	—	—	—	—	—
60-64	—	—	—	—	—	—
+ 65	—	—	—	—	—	—
Desconocido	—	—	2	4,00	2	0,84
TOTAL	188	78,79	50	21,09	238	

Otras drogas
Pacientes nuevos por edad y sexo

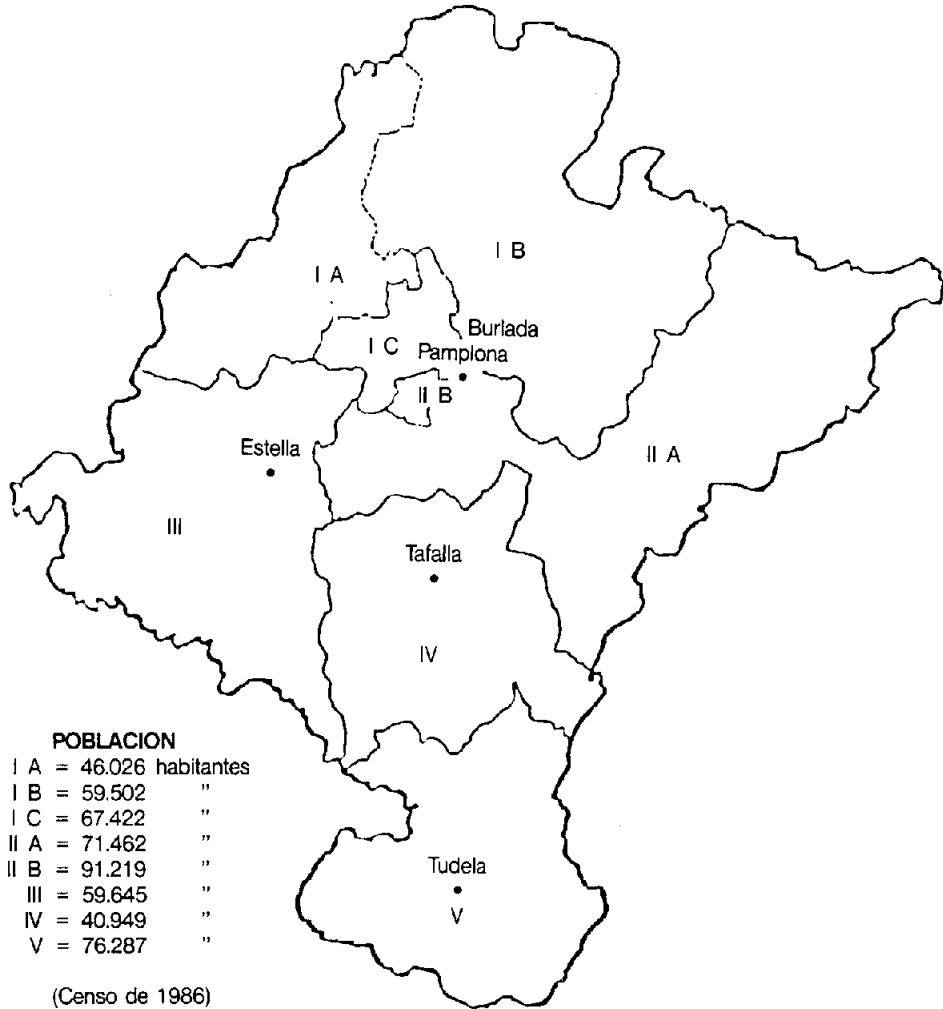
Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
0-14	1	3,03	—	—	1	2,44
15-19	5	15,15	—	—	5	12,19
20-24	8	24,24	2	25,00	10	24,39
25-29	8	24,24	—	—	8	19,51
30-34	3	9,09	1	12,50	4	9,76
35-39	5	15,15	1	12,50	6	14,63
40-44	1	3,03	—	—	1	2,44
45-49	—	—	—	—	—	—
50-54	2	6,06	—	—	2	4,88
55-59	—	—	1	12,50	1	2,44
60-64	—	—	—	—	—	—
+ 65	—	—	1	12,50	1	2,44
Desconocido	—	—	2	25,00	2	4,88
TOTAL	33	13,86	8	19,51	41	

42

**Total de pacientes drogodependientes tratados en centros de salud mental
(1988)**

Centro	Alcohol	Heroína	Otros	Total
IA	73	46	3	122
IB	143	34	11	188
IC	64	115	14	193
IIA	58	39	9	106
IIB	137	99	22	258
III	24	69	7	100
IV	56	28	2	86
V	44	64	7	115
TOTAL	599	494	75	1.168

Sectores de Salud Mental en Navarra



REFERENCIAS

- Plan de Salud Mental de Navarra.* Gobierno de Navarra. Departamento de Sanidad y Bienestar Social. Pamplona, 1986.
- Plan de alcoholismo y toxicomanías en Navarra.* Gobierno de Navarra. Departamento de Sanidad y Bienestar Social. Pamplona, 1986.
- CASAVONA, J.; MADDOZ, V.; MUNÁRRIZ, A.; URZAINQUI, M., y VARO, J. R.: *Drogodependencias en atención primaria de salud.* Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Dirección de Salud Mental. Pamplona, 1988.
- Programa terapéutico del centro de día para drogodependientes.* Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Dirección de Salud Mental. Pamplona, 1988.
- Plan de drogodependencias. Memoria 1987.* Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Dirección de Salud Mental. Pamplona, 1988.
- Reglamento de funcionamiento de los centros de Salud Mental.* Gobierno de Navarra. Dirección de Salud Mental. Pamplona, 1987.
- Memoria de actividades, 1987.* Gobierno de Navarra. Dirección de Salud Mental. Pamplona, 1988.
- VARO, J. R.: *Los servicios de atención primaria en las drogodependencias. Su relación con los programas y servicios especializados.* En «Formación en drogodependencias». Fundación Caixa Galicia. Santiago de Compostela. 1989.
- VARO, J. R.: *Los centros de segundo nivel en la asistencia a las drogodependencias. Consideraciones sobre su situación actual.* Mesa redonda sobre «Indicaciones terapéuticas y recursos asistenciales». II Congreso Sociedad Española de Toxicomanías. Vitoria. 1989.

F. Roca, M. Gómez Beneyto*, M. Paños

Evaluación de los programas de mantenimiento con metadona desarrollados en Valencia desde 1983 hasta 1987

RESUMEN

Por razones legislativas, desde mayo del 83 hasta junio del 87 se sucedieron tres periodos de control creciente en la dispensación de metadona en nuestro país. El objeto de este trabajo estriba en examinar su efecto sobre una cohorte de 150 heroínómanos mantenidos con metadona, tomando como indicadores el índice de retención y la frecuencia de detenciones.

Los índices de retención fueron en general muy bajos, siendo los correspondientes al periodo de dispensación más liberal los más altos. La frecuencia de detenciones no presentó cambios significativos en ninguno de los tres periodos, ni tampoco difirió significativamente de la observada en una muestra homologada de heroínómanos tratados sin metadona.

La única variable que se asoció significativamente a la frecuencia de detenciones durante el mantenimiento con metadona fue precisamente la frecuencia de detenciones previa al inicio del mismo.

SUMMARY

Evaluation of the methadone maintenance programs carried out in Valencia between 1983 and 1987

For legislative reasons, from May, 1983 until June, 1987 there were three successive periods of increasing control in the distribution of methadone in our country. The object of this paper is to examine their effect on a group of 150 heroin addicts maintained on methadone, taking as indicators the rate of retention and the frequency of arrests.

The retention rates were generally very low, the highest rates corresponding to the period of most liberal distribution. The frequency of arrests did not change significantly in any of the three periods, nor did it differ significantly from that observed in a control group of addicts treated without methadone.

The only variable significantly associated with the frequency of arrests during maintenance with methadone was precisely the frequency of arrests prior to the commencement of treatment.

INTRODUCCION

EN estos últimos años se han producido dos modificaciones importantes en la normativa del Ministerio de Sanidad y Consumo que regula el uso

(*) Correspondencia: Unidad de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Valencia.

de la metadona para el tratamiento de adictos a opiáceos. La primera fue una Orden Ministerial que se publicó y entró en vigor en mayo de 1983 (BOE, 28-5-83). Según esta Orden Ministerial, todo adicto a opiáceos podía ser tratado con metadona por un médico de su elección, con tal de disponer de un carnet de extradosis.

Para ello bastaba con solicitarlo a la Delegación Provincial de Sanidad, adjuntado un informe del plan terapéutico emitido por el facultativo. Las únicas restricciones que se imponían eran las siguientes: estar en posesión del carnet de extradosis, que la administración de metadona se realizase exclusivamente en forma de solución extemporánea, y que el usuario se inscribiese en un plan de deshabituación progresiva programado por el médico, en el cual se tenía que hacer mención, entre otras cosas, de los controles analíticos que permitiesen apreciar la evolución de la desintoxicación. La metadona era dispensada en las oficinas de farmacia, previa presentación del carnet y de la receta.

La puesta en vigor de esta orden fue seguida, inmediatamente, de un incremento acelerado del número de adictos que solicitaron carnet de extradosis y de un incremento paralelo del tráfico ilícito de metadona, situación que fue denunciada repetidamente por los medios de comunicación en varias comunidades autónomas. En este contexto, en octubre de 1985, se aprobó una nueva Orden Ministerial, en la cual se establecía que solamente quedaban autorizados a conservar, prescribir, formular, dispensar y administrar metadona a adictos a opiáceos y bajo las condiciones que especificaba la Orden, los centros sanitarios que estuviesen expresamente autorizados para ello. En una resolución de noviembre de 1985 se especificaba la dosis máxima de 40 mgr. diarios y se definían los criterios de selección para el tratamiento: ser mayor de dieciocho años, duración de la dependencia mínimo de tres años, complicaciones orgánicas que aconsejasen su uso, ausencia de politoxicomanía y de alteraciones psiquiátricas graves y garantía de haber realizado, al menos, dos tratamientos libres de drogas. También se aludía a la interrupción del tratamiento en base a los resultados de controles analíticos.

En el momento de aprobarse la nueva normativa legal no existían en Valencia centros sanitarios en condiciones de solicitar la autorización de Sanidad, por lo que, durante un período de diez meses, hasta agosto de 1986 que entró en funcionamiento el primer dispensario autorizado, los adictos a opiáceos continuaron siendo tratados según el régimen anterior, pero ejerciéndose sobre ellos un mayor control y limitando la dosis diaria a 40 mgr.

Por lo tanto, en lo que se refiere al uso de la metadona como medio de mantenimiento para adictos a opiáceos, cabe distinguir tres períodos de control progresivo: desde mayo de 1983 hasta noviembre de 1985 (P1); el período de transición, desde noviembre de 1985 hasta finales de julio de 1986 (P2) y el correspondiente al funcionamiento del dispensario, a partir del 1 de agosto de 1986 (P3).

La valoración de cualquier modalidad terapéutica pasa, necesariamente, por la observación de sus efectos bajo condiciones controladas, de laboratorio u clínica, pero la validez real de los resultados terapéuticos solamente puede establecerse en su uso cotidiano. Es por este motivo que decidimos embarcarnos en una investigación observacional de los efectos de la metadona tal y como estaba siendo usada en la práctica en nuestro medio desde mayo de 1983 hasta junio de 1987. Por otro lado, el que durante este período de tiempo el uso de la metadona experimentase importantes variaciones sistemáticas en el grado de control, ofrece el interés añadido de permitir observar los efectos de estas variaciones sobre los resultados terapéuticos. En cualquier caso consideramos que siempre tiene interés llevar a cabo evaluaciones de la actividad asistencial cotidiana que permiten, posteriormente, mejorar su eficacia, reajustando las líneas de actuación de acuerdo con los resultados de la evaluación.

MATERIAL Y METODO

El material está constituido por los 1.024 adictos que solicitaron carnet de extradosis antes de la puesta en vigor de la OM de octubre del 85, y de una submuestra de 150 seleccionados según acudían consecutivamente a los locales de la Delegación Provincial de Sanidad para renovar la licencia, en la que se basan los datos de seguimiento. Asimismo se obtuvieron algunos datos de interés sobre los facultativos implicados en el tratamiento del total de adictos.

Por otra parte se extrajo una muestra de 150 adictos que estaban en tratamiento sin metadona en un dispensario público durante el mismo período de tiempo, homologándolos a pares por edad y sexo con la muestra anterior.

La información sobre datos sociodemográficos, laborales y clínicos se obtuvo por medio de una encuesta personal administrada a los 150 que aceptaron voluntariamente participar en la investigación. La información restante se extrajo de archivos institucionales.

La eficacia de los programas de mantenimiento se evaluó por medio de dos indicadores: el índice de retención en el programa (tiempo de tratamiento desde su inicio hasta su interrupción) y número de detenciones efectuadas por la policía.

Con el fin de poder establecer comparaciones entre los índices de retención y frecuencia de detenciones correspondientes a períodos de diferente extensión temporal, fue necesario tomar en consideración un tiempo de seguimiento igual para los tres períodos y equivalente al período de más breve duración, es decir, 32 semanas.

Para comparar los índices de retención y la frecuencia de detenciones durante los tres períodos de tiempo (P1, P2 y P3) se

empleó el análisis de la varianza y para establecer la correlación entre las variables sociodemográficas y clínicas, por una parte, y los índices de retención y las detenciones, por la otra, se empleó el coeficiente producto-momento de Pearson.

El concepto «densidad de detenciones» es el porcentaje de detenciones estimado por persona y cien semanas y se puede referir al tiempo acumulado de tratamiento con metadona o al tiempo acumulado sin metadona.

En todos los casos se aceptó como significativa una probabilidad superior al 95%.

RESULTADOS

En noviembre de 1985, es decir, cuando se publicó la segunda Orden Ministerial, 1.024 adictos estaban en posesión del carnet de extradosis. Este colectivo estaba siendo tratado por 58 médicos, de los cuales 19 controlaban cerca de las dos terceras partes de los pacientes. La mayor parte de estos facultativos carecían de experiencia previa en el tratamiento de toxicomanías y su antigüedad de colegiación era inferior a tres años.

Por término medio las recetas se expedían semanalmente, con una dosis media inicial de 60 mgr. diarios. Sin embargo, el 20% de los usuarios recibían más de 200 mgr. al día. La relación media entre la dosis de metadona y la dosis de heroína confesada por el propio usuario fue 0,15/1. Se observó una tendencia a la disminución progresiva de la dosis de metadona en una minoría de casos, que osciló alrededor de 2 mgr. por semana.

En lo que se refiere a las características de la muestra, la tabla 1 describe la distribución por edad y sexo. El 70% estaba soltero, el 18%, casado y el 11%, separa-

do o divorciado. En cuanto al nivel de educación, el 60% había completado la escolarización primaria, el 30%, el BUP, y el resto tenía estudios universitarios. La edad media de inicio de la dependencia fue de diecinueve años y la de inicio del trata-

miento con metadona, de veinticuatro años. El 70% consumía otras drogas, según su propia declaración. Cerca de las tres cuartas partes no recibía ningún otro tratamiento, el 12% psicoterapia y el 8% psicofármacos.

TABLA 1
Distribución según edad y sexo

	h	(%)	m	(%)	t	(%)
< 18	2	(2)	0	(0)	2	(1)
19-21	15	(14)	9	(24)	24	(16)
22-24	34	(30)	12	(32)	46	(31)
25-27	44	(39)	7	(18)	51	(34)
28-30	8	(7)	5	(13)	13	(9)
> 31	9	(8)	5	(13)	14	(9)
TOTAL	112		38		150	

48

Índices de retención: De los 150 adictos que obtuvieron carnet de extradosis, 17 no llegaron a comenzar el tratamiento y serán excluidos del análisis posterior, 133 comenzaron en P1, 103, en P2 y 38, en P3, Solamente 23 iniciaron los tres programas, pero ninguno permaneció el 100% del tiempo.

En la tabla 2 se presenta el promedio de semanas en tratamiento durante las primeras 32 en cada uno de los períodos, así como los índices de retención (IR) expresados en porcentajes. Durante el primer período se produjo una retención significativamente mayor que en los otros dos, pero el porcentaje de la varianza explicado fue solamente del 6%.

Frecuencia de detenciones: La tabla 3 muestra el promedio de detenciones por persona durante los primeras 32 semanas de cada período. Las diferencias no son estadísticamente significativas. Tampoco difiere la densidad de detenciones sufridas durante la toma de metadona y los períodos de abandono del tratamiento (tabla 4).

TABLA 2
Promedio de semanas en tratamiento durante las 32 primeras de cada período. Índices de retención expresados en porcentajes

	Media	DS	IR (%)
P1	26,6	9,1	83
P2	21,1	9,1	66
P3	22,1	9,3	69

$F=7,32$; $gl=2/191$; $p < 0,01$
 $DHS (\alpha=0,01)=2,70$

TABLA 3
Promedio de detenciones por persona durante las primeras 32 semanas de cada período

	Media	DS
P1	0,25	0,77
P2	0,27	0,93
P3	0,30	0,79

$F=0,03$; $gl=2/192$; $p > 0,05$

TABLA 4
Frecuencia de detenciones
por persona y cien semanas en el grupo
tratado con metadona, acumulando
por separado las semanas que asisten
y las que no asisten al tratamiento

	P1	P2	P3
Asisten	0,52	0,83	0,99
No asisten	0,68	1,42	1,16
Razón a/n. a	0,76	0,58	0,85

En la tabla 5 se muestra la comparación de la evolución de las detenciones en el grupo tratado con metadona, el grupo tratado sin metadona y en los 12 que solicitaron iniciar el tratamiento con metadona pero no llegaron a incorporarse, expresa-

da en número de pacientes que sobreviven sin detenciones en cada uno de los periodos. Como se puede apreciar, la evolución es sensiblemente igual en los tres grupos.

Correlación entre las variables: No se encontró relaciones significativas entre los datos sociodemográficos registrados en la entrevista y los datos clínicos, por un lado, y los índices de retención y de detenciones, por el otro. Tampoco fue significativa la relación entre los índices de retención y las detenciones. La tabla 6 presenta los coeficientes de correlación altamente significativos que se encontraron entre las frecuencias de detenciones previas al inicio del tratamiento y en cada uno de los periodos.

TABLA 5
Frecuencia de personas sin detenciones en el grupo tratado con metadona
y en el grupo de control, al inicio y durante cada uno de los periodos
de observación

	Al inicio	P1	P2	P3
Grupo con metadona	125	95	71	69
Grupo sin metadona	126	88	74	69
No comenzaron	12	10	9	7

TABLA 6
Matriz de correlaciones
de las frecuencias de detenciones
al inicio y durante cada uno
de los periodos de observación
en el grupo tratado con metadona

	Al inicio	P1	P2
P1	0,95	—	—
P2	0,88	0,87	—
P3	0,87	0,90	0,90

$r=0,80, p < 0,01$

DISCUSION

Para interpretar los resultados hay que tener en cuenta que ciertos principios del método científico no han podido ser respetados, debido a la naturaleza observacional de esta investigación. Así, los pacientes no han sido asignados al grupo de tratamiento y de control al azar, sino que la selección ha sido espontánea y, por lo tanto, no es posible evitar el sesgo que este hecho lleva consigo. Desconocemos si las variables que determinaron que unos pacientes buscasen el tratamiento con

metadona y otros el tratamiento sin metadona, pudieran estar relacionadas con aquellas que influyeron en el resultado terapéutico, y también desconocemos cuál es su distribución en los grupos. De todas formas, la homologación por sexo y edad, así como el hallazgo de que el porcentaje de detenciones previas al inicio de los tratamientos fue muy similar en ambos grupos, argumenta en favor de una cierta homologación entre ellos.

La elección de los índices de retención y de la frecuencia de detenciones como indicadores de la eficacia de los programas es discutible. Por un lado, aspectos tan importantes como son la disminución de la dosis de heroína, la mejoría del estado de salud mental y física, y la adaptación social y laboral no son tenidos en cuenta. Pero, por otra parte, además de las dificultades que entraña la recogida de información en estas áreas, por lo general existe la sospecha fundamentada de que esta información proporcionada por el adicto tiene escasa validez. Los indicadores que hemos escogido tienen un alcance restringido, pero al obtenerse de fuentes de información independientes, su validez es más elevada.

De todos modos, con referencia a la validez de la frecuencia de detenciones como expresión de la frecuencia de delitos, que es, en realidad, la variable que nos interesa, es menester señalar algunas posibles fuentes de error. En primer lugar, aunque sin duda, debe existir una correlación positiva entre la frecuencia de detenciones y la frecuencia de delitos, por razones obvias no se puede tomar la primera más que como un indicador aproximado de la segunda. Por otro lado, en algunos casos, la fecha de las detenciones puede no coincidir con la fecha de la comisión del delito, lo que es más importante a la hora de comparar la frecuencia en cada uno de los períodos estudiados. Sin embargo, es justo subrayar que compa-

rando el grupo tratado con metadona con un grupo de control homologado y tratado en el mismo medio y durante el mismo período de tiempo, algunos de los inconvenientes señalados se soslayan, al menos parcialmente.

Empezaremos la discusión de los resultados refiriéndonos a los hallazgos generales. En medios oficiales se estimaba que la prevalencia de heroínómanos en Valencia en la fecha que se inició el estudio era de 6.000, lo cual significa que el 16% poseía carnet de extradosis. Esta es una cifra notablemente alta, superior, incluso, a la registrada en USA en 1977, cuando el tratamiento con metadona alcanzó su apogeo.

Al menos la mitad de los pacientes estaba siendo tratada por médicos no especializados, con dosis de metadona excesivamente altas y sin relación con las dosis de heroína declaradas. La dispensación se efectuaba en las oficinas de farmacia y la administración corría a cargo del propio paciente. No es de extrañar que estas circunstancias fueran la causa del crecimiento observado por la policía en el mercado negro de la metadona. De hecho, tras la puesta en marcha del dispensario, el número de detenciones por tráfico ilícito de metadona disminuyó abruptamente hasta casi desaparecer. Esta experiencia es similar a la descrita en Washington DC, donde la desviación de metadona al mercado negro logró controlarse por una serie de medidas de progresivo control, semejantes a las desarrolladas en nuestro medio, entre 1971 y 1973¹.

La ausencia de información sobre las características personales y clínicas de los pacientes tratados con metadona en nuestro país nos impide realizar juicios comparativos de la muestra, pero en relación con estudios llevados a cabo en USA se puede afirmar que esta muestra no difiere significativamente en sus características, excep-

to, tal vez, que se compone de adictos algo más jóvenes².

En relación con la dosis diaria suministrada, la media está por encima de la descrita en otros estudios referidos a USA², destacando la presencia de una quinta parte de los pacientes que recibían más de 200 mgr. durante los dos periodos iniciales, lo que es evidentemente excesivo. La gran mayoría de los pacientes recibieron dosis estables, siendo exíguo el porcentaje que fue sometido a una reducción gradual, por lo que en conjunto, pese a las recomendaciones de la primera Orden Ministerial aconsejando la deshabitación progresiva, los tratamientos se ajustaron más al esquema de mantenimiento que al de deshabitación.

Aunque no existe acuerdo universal sobre las ventajas de complementar el suministro de metadona con intervenciones psicosociales específicas para todos los pacientes, sí que parece que, al menos un porcentaje sustancial, se pueden beneficiar de éstas y, sobre todo, de orientación vocacional, legal y educacional. Sin embargo, tal como hemos visto, en nuestro caso, el 70% de los pacientes no estaba recibiendo ningún otro tratamiento psicológico, biológico o social ni tampoco ninguna forma de orientación, al menos de manera sistemática.

Indíces de retención: Solamente 23 pacientes (15%) iniciaron los tres programas y ninguno de ellos permaneció todo el tiempo. De los 150 que obtuvieron carnet de extradosis, 133 comenzaron a tratarse y de ellos estaban presentes en el último período 38. De acuerdo con lo publicado en otros países, y sin tener en cuenta los resultados iniciales en USA, que alcanzaban índices de retención del 87%³, sería esperable una tasa de pérdidas anuales del 13%, es decir, que al cabo de cuatro años que ha durado el período de observación deberían permanecer en tratamiento aproximadamente el 48%^{4, 5}.

Al comparar la proporción de semanas en tratamiento durante las 32 primeras en cada uno de los períodos, resultó que el índice de retención más alto correspondió al primer período, es decir, al más liberal. Aquí hay que señalar dos aspectos importantes. La proporción de varianzas explicada por las diferentes modalidades de tratamiento en muy baja, por lo que se debe suponer que otras variables no controladas están influyendo significativamente en la determinación de los resultados. Por otro lado, existe la posibilidad de que el mayor índice de retención en el primer período no indique una mayor eficacia terapéutica, sino que resulte del interés de algunos usuarios por permanecer en tratamiento a fin de obtener metadona para traficar. El elevado índice de detenciones por tráfico ilícito de metadona durante este período es compatible con esta hipótesis.

Frecuencia de detenciones: La frecuencia de detenciones durante las primeras 32 semanas fue similar en cada uno de los períodos y no se encontraron diferencias significativas. Para evaluar el impacto global de los programas de metadona sobre la muestra, independientemente de la adherencia al tratamiento de cada uno de los sujetos, se comparó el número de pacientes que sobrevivía sin detenciones en el grupo tratado con metadona y en el grupo de control a lo largo de los tres períodos, observándose una evolución casi idéntica de estos dos grupos. Es más, la evolución de aquellos que nunca llegaron a comenzar el tratamiento con metadona fue también similar. Se puede, pues, concluir, si aceptamos que la frecuencia de detenciones es un indicador de la frecuencia de actividad delictiva, que la oferta de tratamientos con metadona durante el período de estudio no disminuyó la incidencia de personas con delitos. Este hallazgo es comprensible con referencia a los dos primeros períodos, cuando los tratamientos se llevaban a cabo de una manera poco controlada, pero llama la

atención que tampoco durante el último período en el que estaba ya funcionando el dispensario se lograra una disminución de la actividad delictiva. Para valorar este hecho hay que tomar en consideración que se están juzgando las 32 primeras semanas de funcionamiento del dispensario a partir de su inauguración. Tal vez la inexperiencia y los problemas de ajuste inicial puedan haber contribuido a este resultado tan precario.

Correlación entre variables: La biografía sobre la relación entre las características individuales de los pacientes y los resultados obtenidos en el mantenimiento de heroínómanos con metadona es amplia pero poco concluyente. En la revisión de McLellan⁶ se concluye que solamente la edad más joven y la existencia de una historia delictiva previa al inicio del tratamiento se correlacionan positivamente con un resultado pobre. En nuestro estudio no se encontraron correlaciones significativas entre las características individuales y los índices de retención o la frecuencia de detenciones. Destaca, sobre todo, la ausencia de correlación negativa y significativa entre los índices de retención y la frecuencia de detenciones. Probablemente la razón está en que la permanencia en el tratamiento de algunos adictos, particularmente los tratados durante los dos primeros períodos de estudio, responde más al interés por obtener metadona para traficar, que en deshabituarse, tal como ya hemos comentado anteriormente. Tal como era de esperar, la variable que mejor predijo la frecuencia de detenciones durante el período de seguimiento, fue precisamente la frecuencia de detenciones previas a su inicio.

En resumen, los tratamientos de mantenimiento con metadona, tal como se ha dispensado hasta 1987, no han sido efectivos para mantener índices de retención adecuados o para disminuir la frecuencia de detenciones, pero la puesta en marcha de un dispensario, de acuerdo con las características que marca la última Orden Ministerial, probablemente ha contribuido significativamente a la interrupción del tráfico ilícito de metadona. Cabe especular que la ausencia de tratamientos concomitantes al mantenimiento con metadona es uno de los factores a tener también en cuenta a la hora de comprender estos resultados.

Agradecimientos: A la Delegación Provincial de Sanidad, a la Jefatura Provincial de Policía, a la Prisión Provincial de Hombres y al Ayuntamiento de Valencia, por su colaboración.

BIBLIOGRAFIA

- 1 INCIARDI, J. A. (1977): *Methadone diversion: experience and issues*, National Institute on Drug Abuse, Maryland.
- 2 COOPER, J. R. (1984): *Methadone treatment in the United States*, Report for the WHO, 8-17.
- 3 MCGUIRE, F. L. (1979): «Arrest record and detention in methadone maintenance treatment». *Int. J. Addictions*, 14, 1009-1013.
- 4 WIMARTH, J. J., and GOLDSTEIN, J. (1974): *Efficacité thérapeutique des programmes de traitement continue par la methadone aux Etats-Unis d'Amerique*, WHO Pub. Of-set, 3, Geneve.
- 5 HUDSON, B. et al (1980): *A follow-up study of heroin addicts five years after first admission to a methadone treatment program*, Drug Alcohol Dep., 295-313.
- 6 McLELLAN, T. (1983): *Patient characteristics associated with outcome*, en «Research on the treatment of narcotic addiction», ed. by Cooper, National Institute on Drug Abuse, Maryland.

M. Gili*, J. Giner, J. R. Lacalle, D. Franco,
E. Martínez Cañabate

Interrelaciones entre el consumo de tabaco y alcohol. Resultados de un estudio de base poblacional

RESUMEN

Se presentan los patrones de consumo de tabaco y sus interrelaciones con el consumo de alcohol y drogas ilegales a partir de un estudio transversal de base poblacional de los varones de la provincia de Sevilla. Los resultados indican una correlación positiva entre el consumo de alcohol y tabaco, tanto en frecuencia como en cantidad, y una correlación entre el consumo de tabaco y drogas no legalizadas. Al analizar las relaciones entre el consumo de tabaco y las razones aducidas para consumir alcohol, se encuentra una relación directa entre el número de cigarrillos fumados diariamente y el número de razones para beber que buscan los efectos psicoactivos del alcohol. Asimismo, aparece una relación directa entre la prevalencia de problemas personales y sociales relacionados con el alcohol y el consumo simultáneo y excesivo de tabaco y otras drogas. El estudio focalizado de los que fuman 20 o más cigarrillos diarios y beben 561 gramos o más de etanol semanalmente permite identificar factores de riesgo más específicos.

SUMMARY

Interrelationships between tobacco and alcohol consumption. Results of a general population survey

The patterns of tobacco consumption and its relationships with consumption of alcohol and other drugs in a sample of males in a general population survey in the province of Sevilla are presented. Results show a positive correlation between alcohol and tobacco consumption, both in frequency and quantity, and a direct relationship between consumption of tobacco and illegal drugs. When analyzing the relationships between tobacco consumption and the number of reasons for drinking adducing the search of psychogenic effects a direct association is found. The same relationships are found when analyzing the relationships between the prevalence of personal and social problems related to drinking and the simultaneous and abusive consumption of tobacco and other drugs. The study of those who simultaneously smoke 20 or more cigarettes daily and drink 561 grams or more ethanol by week allows the identification of more specific risk factors.

(*) Correspondencia: Departamento de Ciencias Sociosanitarias. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla.

1. INTRODUCCION

EL consumo de alcohol y tabaco ha aumentado espectacularmente durante las últimas décadas en España¹ y las gravísimas consecuencias médicas, sociales y económicas de estas tendencias y su impacto sobre la mortalidad y morbilidad han sido analizadas en diversos trabajos^{2,3}. Uno de los aspectos que está despertando un creciente interés es el de las interrelaciones en el consumo de ambas drogas. Algunos estudios han encontrado una fuerte asociación entre el consumo de alcohol y tabaco: los que beben más, fuman también más^{4,5}. No obstante, no se disponía de ningún estudio de base poblacional sobre esta asociación de consumo en nuestra provincia.

Recientemente se inició en las provincias de Santander y Sevilla un estudio colaborativo sobre la «Respuesta comunitaria a los problemas relacionados con el alcohol» financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud. El proyecto tiene antecedentes internacionales bien conocidos^{6,7} y en este momento se está desarrollando en varios países europeos. El estudio tiene tres componentes: 1) Una encuesta de población general; 2) Una encuesta de trabajadores de centros donde se tratan problemas relacionados con el alcohol, y 3) Una encuesta de usuarios de estos centros.

Nuestro grupo ha publicado algunos de los resultados de la encuesta de población general^{8,9,10,11} y de la encuesta de centros¹², y en este trabajo queremos analizar los resultados del cuestionario dirigido a la población general para conocer las interrelaciones entre el consumo de tabaco y alcohol de una muestra representativa de los varones de la provincia de Sevilla.

2. MATERIAL Y METODOS

La muestra poblacional de la provincia de Sevilla se obtuvo mediante un muestreo

estratificado proporcional aleatorio, teniendo en cuenta la división administrativa de la provincia en comarcas y municipios. Las unidades muestrales fueron escogidas al azar en cada comarca entre los municipios incluidos en cada intervalo modal según el tamaño de la población. El número de individuos elegidos en cada municipio se fijó de forma proporcional al número de habitantes de 18 o más años de edad. Los datos se obtuvieron de los Padrones Municipales actualizados.

En base a los objetivos del proyecto se calculó el tamaño mínimo necesario de la muestra poblacional de varones, que fue de 877 personas, considerando una prevalencia esperada de problemas relacionados con el alcohol del 8-9%, con una precisión del 1% y un error alfa del 2,5%. Esta prevalencia esperada se basó en los resultados de la encuesta de base poblacional más reciente disponible en España en esos momentos⁵. No obstante, y para un más cómodo diseño del estudio decidimos ampliar la muestra a 1.000 varones. Siguiendo este criterio se entrevistaron 1.001 varones de 18 o más años de edad en la provincia de Sevilla durante 1987.

El cuestionario de la encuesta de población general se diseñó de la forma más similar posible al utilizado en los estudios internacionales previos, con la finalidad de lograr la máxima comparabilidad en los resultados. Esto se consiguió tras una cuidadosa traducción y adaptación a nuestros modismos y expresiones en varias reuniones conjuntas de los grupos de Santander y Sevilla. El cuestionario está diseñado como un instrumento de entrevista personal con un total de 163 ítems. Los entrevistadores fueron entrenados por nuestro equipo en Sevilla. El cuestionario fue validado en la fase piloto de la encuesta (los primeros 150 íntervius) con una tasa de respuesta del 94%, por lo que decidimos completar las 1.000 entrevistas.

No se ofrecieron incentivos económicos a los participantes. Las personas seleccionadas por el procedimiento muestral fueron invitadas a participar a través de una carta enviada a su domicilio y un ulterior contacto (telefónico o personal) previo a la entrevista, la cual se realizó en sus casas. En caso de no-respuestas se llevaron a cabo entrevistas de recambio con personas seleccionadas y contactadas por los mismos procedimientos. La tasa de respuesta final fue de 92,6% y no se encontró ningún sesgo de selección estadísticamente significativo entre respondentes y no respondentes tras el análisis de cinco variables sociodemográficas (edad, lugar de residencia, lugar de nacimiento, nivel educativo y ocupación).

La mayoría de las preguntas estaban precodificadas, con lo cual cada respuesta se almacenó en una base de datos relacional computerizada, especialmente diseñada para su tratamiento y manipulación. El análisis estadístico de los resultados se realizó con el programa BMDP (13).

3. RESULTADOS

En la Tabla 1 aparecen las prevalencias de consumo de tabaco en los varones, por

edades, de la provincia de Sevilla. Puede apreciarse que entre los varones la tasa de no fumadores aumenta con la edad, lo mismo que la de los fumadores de 1-9 cigarrillos diarios, pero esta tendencia se invierte en los que fuman 10-19 cigarrillos/día y entre los que fuman 20-29, apareciendo una curva hiperbólica entre los fumadores de 30 o más.

En la Tabla 2 se presentan los resultados sobre la frecuencia de consumo de alcohol y la cantidad de cigarrillos fumados diariamente, comparando los que beben por lo menos una vez a la semana («bebedores habituales») con los que beben menos de una vez a la semana. Puede apreciarse que los que beben más frecuentemente fuman más ($p < 0,001$).

En la Figura 1 se enfrentan los consumos de tabaco con la cantidad de etanol consumida (en gramos) cada semana. La imagen tridimensional permite apreciar la estrecha interrelación, por una parte, entre la abstinencia y bajos consumos de alcohol y tabaco y, por otra, entre el elevado consumo simultáneo de ambos.

En la Tabla 3 se enfrentan el consumo de tabaco con el consumo de alguna droga ilegal durante el año previo a la entre-

TABLA 1
Cigarrillos fumados diariamente. Varones, por edades

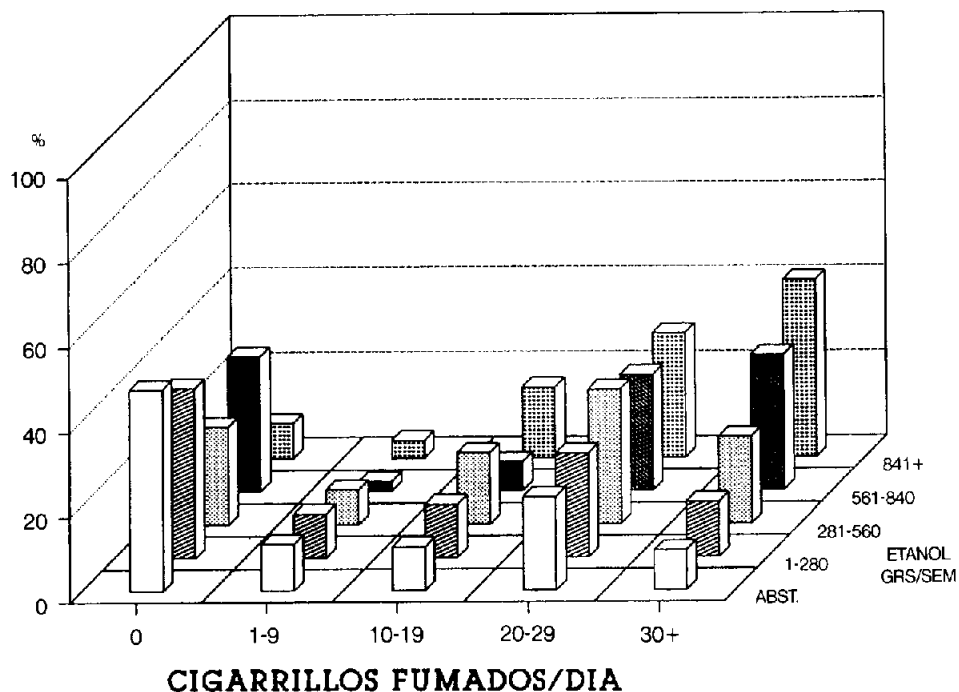
Cigarrillos fumados diariamente	Edades			
	18-19 (n=301) (%)	30-49 (n=408) (%)	50 o más (n=292) (%)	Todas las edades (n=1.001) (%)
0	32,3	36,5	45,2	37,8
1-9	9,0	9,6	10,3	9,6
10-19	20,0	10,3	7,9	12,5
20-29	28,7	25,0	22,3	25,3
30 o más	10,0	18,6	14,3	14,8

TABLA 2
Cigarrillos fumados diariamente y frecuencia de consumo de alcohol

Cigarrillos fumados diariamente	Frecuencia de consumo de alcohol	
	< 1 vez/semana (n=173) (%)	= > 1 vez/semana (n=828) (%)
0	50,6	35,3
1-9.....	10,5	9,4
10-19	7,0	13,5
20-29	23,8	25,6
30 o más	8,1	16,2

FIGURA 1
Consumo simultáneo de tabaco y alcohol en los varones de la provincia de Sevilla

56



vista. Según los resultados puede afirmarse que existe una asociación directa entre el consumo de cigarrillos y el de drogas no legalizadas ($p < 0,001$).

En la Tabla 4 se presentan los resulta-

dos sobre el número de cigarrillos fumados diariamente y el número de razones aducidas para beber, cuya finalidad es la búsqueda de efectos psicoactivos. El hallazgo más interesante es la correlación directa entre el número de razones para

TABLA 3
Cigarrillos fumados diariamente y consumo de drogas ilegales durante el último año

Cigarrillos fumados diariamente	Consumo de drogas ilegales	
	No (n=964) (%)	Sí (n=37) (%)
0	39,0	8,1
1-9	9,9	2,7
10-19	11,9	27,1
20-29	24,7	40,5
30 o más	14,5	21,6

TABLA 4
Cigarrillos fumados diariamente y número de razones para beber que aducen la búsqueda de efectos psicoactivos

Cigarrillos fumados diariamente	Número de razones psicoactivas				
	0 (n=587) (%)	1 (n=232) (%)	2 (n=108) (%)	3 (n=47) (%)	4 (n=27) (%)
0	39,9	38,8	25,0	34,0	44,4
1-9	10,7	6,9	12,0	8,3	0,0
10-19	12,3	12,9	16,7	8,7	3,7
20 o más	37,1	41,3	46,3	48,9	51,8

57

beber que buscan efectos psicógenos y el porcentaje de fumadores de 20 o más cigarrillos diarios.

En la Tabla 5 aparecen los resultados sobre el número de cigarrillos fumados diariamente y la prevalencia de problemas personales y sociales relacionados con el consumo de alcohol.

Al hablar de problemas personales, nos referimos a las consecuencias negativas del alcohol sobre el bienestar físico y psicológico del bebedor (7 ítems). Problemas sociales son los que hacen referencia a las dificultades en las relaciones entre el

bebedor y su entorno social atribuibles al alcohol (10 ítems)^{10, 14}.

Puede comprobarse que los fumadores presentan mayor prevalencia de problemas personales y sociales que los no fumadores, y que los grandes fumadores presentan mayor prevalencia de ambos tipos de problemas.

En las Tablas 6 y 7 se presentan los resultados de enfrentar a los que simultáneamente fuman 20 o más cigarrillos diarios y beben 561 o más gramos de etanol a la semana con las variables edad, lugar de residencia, renta mensual familiar,

TABLA 5
Cigarrillos fumados diariamente y prevalencia de problemas personales y sociales relacionados con el consumo de alcohol

Cigarrillos fumados diariamente	Problemas personales		Problemas sociales	
	No (n=724) (%)	Sí (n=277) (%)	No (n=761) (%)	Sí (n=240) (%)
0	40,6	30,7	41,8	25,4
1-9.....	10,1	8,3	10,1	7,9
10-19	11,9	14,1	11,4	15,8
20-29	24,4	27,4	23,0	32,5
30 o más	13,0	19,5	13,7	18,3

TABLA 6
Consumo simultáneo de tabaco y alcohol según edad, lugar de residencia, renta mensual familiar y nivel educativo. Exc=personas que consumen 20 o más cigarrillos diarios y beben 561 o más gramos de etanol a la semana

	Edades		
	18-29 (n=301) (%)	30-49 (n=408) (%)	50 o más (n=292) (%)
Exc	5,3	4,2	3,4
No exc	94,7	95,8	96,6
	Lugar de residencia		
	Sevilla (n=441) (%)	Resto de la provincia (n=560) (%)	
Exc	2,7	5,5	
No exc	97,3	94,5	
	Renta mensual familiar en pesetas		
	< 50.000 (n=268) (%)	50.000- 100.000 (n=462) (%)	> 100.000 (n=203) (%)
Exc	6,0	4,1	2,5
No exc	94,0	95,9	97,5
	Nivel educativo		
	Primario (n=754) (%)	Secundario (n=144) (%)	Universit. (n=90) (%)
Exc	5,2	2,1	0,0
No exc	94,8	97,9	100,0

TABLA 7

Consumo simultáneo de tabaco y alcohol según consumo de drogas ilegales, número de razones psicoactivas, problemas personales y problemas sociales relacionados con el alcohol. Exc=personas que consumen 20 o más cigarrillos diarios y beben 561 o más gramos de etanol a la semana

	Consumo de drogas ilegales				
	No (n=964) (%)	Si (n=37) (%)			
Exc	3,6	21,6			
No exc	96,4	78,4			
	Número de razones psicoactivas				
	0 (n=587) (%)	1 (n=232) (%)	2 (n=108) (%)	3 (n=47) (%)	4 (n=27) (%)
Exc	1,4	4,3	10,2	14,9	25,9
No exc	98,6	95,7	89,8	85,1	74,1
	Problemas personales				
	Sin problemas (n=724) (%)	Con problemas (n=277) (%)			
Exc	1,0	13,0			
No exc	99,0	87,0			
	Problemas sociales				
	Sin problemas (n=761) (%)	Con problemas (n=240) (%)			
Exc	2,0	11,7			
No exc	98,0	88,3			

59

nivel educativo, consumo de drogas ilegales, número de razones psicoactivas para beber, problemas personales y problemas sociales relacionados con el alcohol.

4. DISCUSION

Los hallazgos sobre el número de cigarrillos fumados diariamente indican unos

patrones de abstinencia y consumo bajo crecientes con la edad, que contrastan con unas tendencias decrecientes al ir elevándose el número de cigarrillos fumados, alcanzándose una distribución hiperbólica (máxima a los 30-49 años de edad) en los que fuman 30 o más cigarrillos diarios. Estos resultados podrían atribuirse a un efecto de cohortes de edad, aunque esta interpretación es especulativa, en el sentido de que en Sevilla no disponemos

de estudios transversales previos llevados a cabo en muestras representativas de la población general. La realización de encuestas transversales periódicas (por ejemplo anuales o bianuales) permitiría hacer un correcto análisis de tendencias y evaluar la efectividad de los futuros programas de prevención y control del tabaquismo y de los problemas relacionados con el alcohol, tal como viene haciéndose en otros países europeos y en Norteamérica^{15, 16}.

La correlación positiva entre el número de cigarrillos fumados diariamente y a) la frecuencia de consumo de alcohol y b) la cantidad de etanol consumida cada semana, es consistente con los resultados de otros estudios análogos^{4, 5} y refuerza la necesidad de emprender programas de intervención en estos grupos, no sólo por los problemas de orden psicopatológico, sino por ser, además, grupos de alto riesgo de enfermedades en las cuales el alcohol y el tabaco actúan sinérgicamente como el cáncer de boca y faringe, el cáncer de laringe y el cáncer de esófago^{15, 18, 19}.

Un aspecto que requiere un análisis más profundo es el que concierne a los motivos que condicionan el consumo simultáneo y excesivo de varias drogas. En nuestros resultados la correlación directa aparece no sólo entre la cantidad de tabaco y el consumo de alcohol, sino también con el consumo de drogas ilegales. Ello sugiere que las motivaciones para el consumo simultáneo y excesivo de drogas (nicotina, etanol y otras) no es atribuible sólo a motivaciones celebratorias y sociales, sino a la búsqueda de los efectos psicoactivos de estas drogas.

Esta hipótesis parece reforzarse cuando analizamos los resultados sobre las interrelaciones entre el número de cigarrillos fumados y el número de razones para beber que aducen la búsqueda de los

efectos psicoactivos del alcohol: los que presentan mayor número de razones psicoactivas para beber, presentan mayor proporción de fumadores excesivos.

Esta interrelación entre tabaco y alcohol, y tabaco y razones psicoactivas, se refleja también en la prevalencia de problemas personales y sociales relacionados con el alcohol, con una mayor frecuencia de fumadores excesivos entre los que presentan estos problemas. En estudios publicados recientemente^{8, 9, 10} encontramos que la mayoría de la población aduce, principalmente, razones celebratorias y sociales para beber, pero que quienes aducen razones psicógenas tienen un riesgo mucho mayor de presentar problemas, tanto personales como sociales.

Si ahora comparamos los que simultáneamente fuman 20 o más cigarrillos diarios y beben 561 gramos o más de etanol a la semana, con el resto de los respondientes, nos encontramos con que este grupo presenta unas características diferenciales bien marcadas en cuanto a:

- 1) Edad: son principalmente jóvenes.
- 2) Lugar de residencia: el doble de frecuencia entre los que no viven en la capital.
- 3) Renta mensual familiar: una relación inversa con la renta.
- 4) Nivel educativo: una relación inversa con el nivel educativo.
- 5) Consumo de drogas ilegales: 7,3 veces mayor riesgo de consumir drogas ilegales.
- 6) Búsqueda de efectos psicoactivos: una relación dosis-efecto entre el número de razones psicoactivas y la proporción de personas en este grupo.
- 7) Problemas relacionados con el alcohol: presentan 15 veces mayor riesgo de tener problemas personales y 6,5 veces mayor riesgo de tener problemas sociales.

Esto nos permite identificar unos grupos de alto riesgo que merecen una atención especial desde planteamientos fundamentalmente preventivos, no únicamente asistenciales sino también a través de medidas legislativas, educativas y sociales. La identificación de grupos particularmente vulnerables que requieren atención prioritaria, como los arriba descritos, es uno de los principales retos de la investigación epidemiológica que no pretenda ser puramente académica, sino aplicable a la planificación de programas de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Tabacalera, S.A.: *Documentos del Servicio de Estudios*, n.º 67, 1988.
- 2 «Memoria del grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo». *Rev. San. Hig. Pub.*, 1975, 59: 409-573.
- 3 GILI, M.; LACALLE, J. R.; NIETO, C., y VELASCO, A.: *Epidemiología de los problemas relacionados con el alcohol. Revisiones en Salud Pública y Administración Sanitaria*, 1989 (en prensa).
- 4 ASHLEY, M. J., y RANKIN, J. G.: «Hazardous alcohol consumption and diseases of the circulatory system». *J. Stud. Alcohol*, 1980, 41: 1040-1070.
- 5 ENRIQUEZ, R.: *Estudio de los hábitos de consumo de alcohol de la población adulta española*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
- 6 ROIZEN, R.: *Community response to alcohol-related problems: four country analysis*. W.H.O. Study. Berkeley, Alcohol Research Group, 1983.
- 7 RITSON, E. B.: *Community response to alcohol-related problems: review of an international study*. Public health paper n.º 81. Geneva, W.H.O., 1985.
- 8 GILI, M.; GINER, J.; LACALLE, J. R. et al.: «Patterns of consumption of alcohol in Seville, Spain. Results of a general population survey». *Brit. J. Addict.*, 1989, 84: 277-285.
- 9 FRANCO, D.; GILI, M.; GINER, J. et al.: «Actitudes y normas culturales ante la bebida. Resultados de una encuesta de población en la provincia de Sevilla». *Rev. Esp. Drogodep.*, 1988, 13: 173-182.
- 10 LACALLE, J. R.; GINER, J.; GILI, M. et al.: «Problemas relacionados con el alcohol. Resultados de una encuesta de población en la provincia de Sevilla». *Actas Luso-Esp. Neurol. psiquiatr.*, 1988, 16: 265-272.
- 11 GINER, J.; GILI, M.; FRANCO, D. et al.: «Creencias, actitudes y normas culturales en la utilización de servicios en problemas relacionados con el alcohol». *An. Psiquiatría*, 1989, 5: 1-5.
- 12 GILI, M.; GINER, J.; LACALLE, J. R., y FRANCO, D.: «Análisis de factores implicados en la identificación de personas con problemas relacionados con el alcohol en atención primaria». En: *Problemas relacionados con el alcohol*. Sevilla, Junta de Andalucía, 1989, 71-79.
- 13 DIXON, W. J.: *BMDP: Statistical Software*. Berkeley, University of California Press, 1983.
- 14 GILI, M., y GINER, J.: *Working paper by Seville. Second meeting of principal investigators in the W.H.O. collaborative study on community response to alcohol-related problems*. Lisbon, 1987.
- 15 SIMPURA, J. (ed.): *Finnish drinking habits: results from interview surveys held in 1968, 1976 and 1984*. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1987.
- 16 HILTON, M. E.: «Trends in U.S. Drinking Patterns: further evidence from the past 20 years». *Brit. J. Addict.*, 1988, 83: 269-278.
- 17 ROTHMAN, K. J., y KELLER, A.: «The effect of joint exposure to alcohol and tobacco on the risk of cancer of the mouth and pharynx». *J. Chronic Dis.*, 1972, 25: 711-716.
- 18 FLANDERS, W. D., y ROTHMAN, K. J.: «Interaction of alcohol and tobacco in laryngeal cancer». *Am. J. Epidemiol.*, 1982, 115: 371-379.
- 19 TUYNS, A. J., y MASSÉ, G.: «Cancer of the oesophagus in Brittany: an incidence study in Ille-et-Vilaine». *Int. J. Epidemiol.*, 1975, 4: 55-59.

Documentación

La «Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos» y el sistema de homologación de centros

LA «Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos» nace *de facto*, en Valencia, en la primavera de 1986. Los equipos de diversos centros de España reunidos allí por la convocatoria que hicieran los compañeros de «Casa Lanza», nos ceñimos a una conclusión unánime poco antes de abandonar la concentración: agruparnos en un colectivo hecho a nuestra medida.

Estaba pendiente la autoafirmación como profesionales de una modalidad de tratamiento para adictos a las drogas muy controvertida en los debates técnicos del sector y afectada por leyendas de sonrojo.

En un primer borrador de trabajo anotamos entonces: «Las comunidades terapéuticas para toxicómanos del Estado español se resienten, actualmente, de la confusión y ambigüedad que afectan a este tipo de centros con los perjuicios que de ello se derivan. Las causas de tal situación son muchas. Parte de la turbiedad es imputable a la inexactitud del propio concepto de "comunidad terapéutica". A ello debe añadirse el menoscabo a la credibilidad derivado de la implantación de diversos centros-fantasma portadores de este membrete al amparo de la falta de planificación y control gubernativo que ha venido dándose.»

Además de empezar a construir las señas de identidad vimos, en el acto de asociarnos, otras perspectivas.

Podríamos contar con un espacio estable donde debatir las infinitas cuestiones específicas de las comunidades terapéuticas profesionales e intercambiar experiencias. La especial idiosincrasia de estos servicios hace que quienes trabajan en ellos seamos propensos a experimentar cierto aislamiento. No resulta suficiente la comunicación con otros profesionales afines; anhelamos mantenerla periódicamente con colegas involucrados en tareas idénticas.

Durante estos años se ha trabajado y debatido internamente lo que debe ser la faz, la estructura y el contenido de esta Asociación que decidimos crear. Hace menos de seis meses que adoptamos unos nuevos estatutos que establecen como fines de la Asociación:

- La promoción y desarrollo de las comunidades terapéuticas como modalidad de atención y tratamiento profesional de drogodependientes.
- La formación de los profesionales asociados.
- La defensa de los derechos profesionales y la vigilancia del estricto cumplimiento de las obligaciones respecto a los pacientes.
- La gestión de recursos para mejorar la eficacia y calidad de los centros asociados.
- Asumir la función de portavoz de los socios ante la opinión pública y/o la Administración.

- Defender los derechos legales de las personas toxicómanas.
- Colaborar estrecha e intensamente con entidades y organismos que persigan objetivos afines.

Esta es una asociación mixta de profesionales individuales y de centros.

La razón está en que una característica esencial y que define a las comunidades terapéuticas profesionales es el tratamiento institucional. Es decir, el modelo de tratamiento que aúna la atención clínica individualizada y el abordaje terapéutico colectivo; la relación directa terapeuta-paciente y la intervención conjunta del equipo institucional respecto al grupo de residentes.

En consonancia con ello hemos procurado que en la Asociación tengan cabida cada uno de los profesionales, en tanto que sujetos que trabajan terapéuticamente como tales, junto con los equipos institucionales, la otra realidad de intervención, la grupal e interdisciplinaria.

Hemos entendido, asimismo, que las exigencias legales y deontológicas conminan a garantizar una atención rigurosa del paciente. Es preciso asumir la identidad profesional para ajustar las actuaciones a

lo que ello comporta. En esta dirección nuestros estatutos sociales exigen como condición indispensable para ser socio —individual o colectivo— pertenecer a un centro previamente homologado por la Asociación.

A lo largo y ancho de 1989 se ha trabajado especialmente en el desarrollo del «Procedimiento de Homologación» y del «Sistema Standard de Evaluación» de las comunidades terapéuticas que demandan asociarse. Ya ha comenzado su aplicación.

El diseño técnico de ambos procedimientos ha sido asesorado por Domingo Comas y financiado por el Plan Nacional sobre Drogas.

Con ello la «Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos» siente la satisfacción íntima de aportar algo efectivo a la progresiva clarificación de un sector del campo sociosanitario demasiado ambiguo hasta el momento y, también, de ofrecer a los drogodependientes, y a la sociedad en general, unas garantías de atención y tratamiento mejores.

Frederic Boix Junquera
(Presidente de la Asociación)

66

Estatutos de la Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos

CAPITULO I

Denominación, fines, domicilio y ámbito territorial

Artículo 1.º Con la denominación de Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos se constituye una Asociación, sin ánimo de lucro, la cual se rige por los presentes Estatutos y por la Ley 191/1964, de 24 de diciembre, y normas complementarias.

Artículo 2.º Los fines de la Asociación son:

- La promoción y desarrollo de las Comunidades Terapéuticas como modalidad de atención y tratamiento profesional para la deshabitación y rehabilitación de personas toxicómanas.
- Contribuirá a la formación de los profesionales asociados facilitándoles contactos, intercambios, actos docentes,

- contrastes de criterios y técnicas, programas de trabajo e investigación, así como la publicación y/o difusión de textos de interés para dicho objetivo.
- La defensa de los derechos profesionales de sus asociados y, asimismo, la vigilancia del cumplimiento de sus obligaciones respecto a los pacientes y las derivadas del compromiso social como colectivo.
 - La gestión para obtener recursos técnicos, económicos e instrumentales que permitan mejorar la eficacia y los servicios de los centros asociados.
 - Asumir la función de portavoz de los socios —si es el caso— ante la opinión pública y/o la Administración.
 - Adoptar las iniciativas que se estimen oportunas en favor de los derechos legales de los toxicómanos.
 - Adherirse a iniciativas que propugnen solidaridad y políticas interdisciplinarias, razonables, homogéneas y con garantías, en el tratamiento de las drogodependencias.
 - La colaboración con entidades y organismos —tanto nacionales como internacionales— que persigan objetivos afines.

Artículo 3.º. El domicilio de la Asociación se establece en San Sebastián, calle San Cristóbal, 4, sin perjuicio de que pueda acordarse por el órgano competente un posterior cambio.

Artículo 4.º. La Asociación tiene ámbito estatal, abarcando todo el territorio español.

CAPITULO II

De los socios

Artículo 5.º. La Asociación se compondrá de:

- Socios fundadores.
- Socios honorarios.

- Socios numerarios.
- Socios colectivos.
- Socios colaboradores.

Artículo 6.º. *Socios fundadores:* Son las once personas que, formando parte de la asamblea constituyente, reunida en Madrid el día 7 de noviembre de 1986, suscribieron el acta fundacional de la Asociación.

Esta categoría es estrictamente honorífica y no confiere derechos ni obligaciones por sí misma.

Artículo 7.º. *Socios honorarios:* Lo podrán ser aquellas personas que así sean distinguidas por la Asamblea General a propuesta de la Junta Directiva, en reconocimiento a su contribución eminente al desarrollo de la Asociación y/o a sus fines.

Están exentos de cuota económica, teniendo pleno derecho a asistir, participar y beneficiarse de todas las actividades de la Asociación.

En las Asambleas Generales tendrán derecho a voz, pero no a voto, y no podrán formar parte de los órganos de gobierno.

Artículo 8.º. *Socios numerarios:* Podrá serlo toda persona que trabaje como profesional en una comunidad terapéutica para toxicómanos homologada por la propia Asociación o perteneciente a un organismo público, sea cual sea su titulación o situación estamentaria.

Si un socio numerario pierde su vínculo laboral, profesional o administrativo con la comunidad terapéutica a la que pertenecía, podrá mantener su condición por un período máximo de cinco años, al finalizar el cual tendrá acceso automático a la de socio colaborador, si así lo desea.

Para ingresar como socio numerario, el interesado deberá presentar una solicitud

avalada por dos socios numerarios que no ostenten, en aquel momento, cargo en la Junta Directiva, y cumplimentar el protocolo profesional que tiene establecido la Asociación para este efecto.

Derechos de los socios numerarios:

- a) Asistir, participar y beneficiarse de todas las actividades de la Asociación.
- b) Intervenir con voz y voto en las Asambleas Generales.
- c) Formar parte de los órganos de gobierno de la Asociación, eligiendo y siendo elegidos.
- d) Elevar a los órganos de gobierno información y formular propuestas y peticiones.
- e) Recabar asistencia e información en orden a la materia propia de la Asociación.
- f) Ser informado de las acciones y conocer el estado de cuentas de la Asociación.

Deberes de los socios numerarios:

- a) Cumplir los Estatutos y Reglamento de Régimen Interno y también los acuerdos de las Asambleas y Junta Directiva.
- b) Contribuir al sostenimiento económico de la Asociación abonando puntualmente las cuotas determinadas por la Junta Directiva y ratificadas por la Asamblea General.
- c) Asistir personalmente, o debidamente representado por otro socio, a las Asambleas ordinarias y extraordinarias.

Artículo 9.º. Socios colectivos: Podrán serlo las Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos como entidades jurídicas, sea cual sea la forma legal que posean, y en tanto cumplan los requisitos de homologación establecidos por la Asociación.

Para ingresar como socio colectivo, el responsable legal de la Comunidad Terapéutica

deberá remitir petición formal a la Junta Directiva de la Asociación, la cual iniciará, si es pertinente, el proceso de homologación según está establecido. Si el dictamen es favorable será admitido como socio colectivo.

Todos los socios colectivos estarán obligados a informar a la Junta Directiva de la Asociación de cualquier cambio en la Comunidad Terapéutica que suponga modificación de las condiciones originales que permitieron su homologación.

Derechos de los socios colectivos:

- a) Asistir y participar en todas las actividades de la Asociación.
- b) Beneficiarse de las gestiones y/o recursos que la Asociación realice u obtenga cuando actúe en representación de las Comunidades Terapéuticas asociadas.
- c) Pertener al Comité de Comunidades Terapéuticas, desde el que pueden elevar información y formular propuestas, recomendaciones y peticiones a los órganos de gobierno de la Asociación.
- d) Intervenir en las Asambleas Generales con voz pero sin voto.

Deberes de los socios colectivos:

- a) Cumplir los Estatutos y Reglamento de Régimen Interno y también los acuerdos de las Asambleas y Junta Directiva.
- b) Contribuir al sostenimiento económico de la Asociación con las aportaciones que proponga la Junta Directiva y ratifique la Asamblea General.
- c) Designar por escrito a la persona física que representará a la Comunidad Terapéutica en la Asociación, con carácter de continuidad y a todos los efectos que le correspondan como socio colectivo.

Artículo 10. Socios colaboradores: Podrá serlo toda persona natural que desee colaborar con la Asociación en la consecución de sus fines.

Para ello bastará presentar el boletín de inscripción a la Junta Directiva, contribuir con una cuota voluntaria no inferior al 50% de la establecida para los socios numerarios, y que su conducta no sea contraria a los objetivos de la Asociación.

Podrán asistir, participar y beneficiarse de todas las actividades de la Asociación. En las Asambleas Generales podrán participar con voz pero sin voto.

No podrán formar parte de los órganos de gobierno.

Artículo 11. Se pierde la condición de socio:

- a) Por propia voluntad, mediante notificación escrita a la Junta Directiva.
- b) Por impago de cuotas o incumplimiento grave de los Estatutos o de los acuerdos de la Asamblea o decisiones de la Junta Directiva, mediante decisión de la Asamblea General por mayoría simple, a propuesta de la Junta Directiva.
- c) En el caso de socios colectivos por disolución, fusión o absorción de la entidad jurídica, o modificación sustancial de las condiciones que permitieron su homologación.

CAPITULO III

De los órganos de gobierno

Artículo 12. La dirección, administración y control de la Asociación se llevará mediante los órganos de gobierno siguientes:

- La Asamblea General.
- La Junta Directiva.

De la Asamblea General

Artículo 13. El órgano supremo de la Asociación es la Asamblea General, integrada por todos los socios. Se reunirá al menos una vez al año en sesión ordinaria, y en sesión extraordinaria cuando sea convocada por la Junta Directiva o cuando lo requieran, como mínimo, el 25% de los socios numerarios.

Los acuerdos de la Asamblea General ordinaria serán adoptados por mayoría simple de los socios numerarios asistentes, presentes o representados. Los acuerdos de la Asamblea General extraordinaria se adoptarán por los dos tercios de los socios numerarios asistentes, presentes o representados.

La Asamblea General, tanto ordinaria como extraordinaria, quedará válidamente constituida en primera convocatoria cuando concurren a ella, presentes o representados, la tercera parte, al menos, de los socios numerarios, y en segunda convocatoria cualquiera que sea el número de socios concurrentes.

Artículo 14. La Asamblea General será convocada por la Junta Directiva con quince días de antelación, por escrito, con constancia del orden del día, lugar, fecha y hora de la reunión tanto en primera como en segunda convocatoria. Su desarrollo vendrá regulado por el Reglamento de Régimen Interno.

Artículo 15. Son funciones de la Asamblea General:

1. En Asamblea General Ordinaria:
 - a) Aprobación del acta anterior.
 - b) Estudio y aprobación, si procede, del balance del año anterior.
 - c) Aprobación o denegación del presupuesto de la Asociación.
 - d) Estudio y aprobación, en su caso,

de la memoria anual respecto al desarrollo de las actividades de la Asociación.

- e) Aprobación del importe de las cuotas propuestas por la Junta Directiva.
 - f) Estudio y ratificación, si procede, de las admisiones, denegación de admisiones y expulsiones de socios realizadas por la Junta Directiva.
 - g) Aprobar, si procede, el programa anual presentado por la Junta Directiva.
2. En Asamblea General Extraordinaria:
- a) Elegir la Junta Directiva.
 - b) Aprobar los reglamentos que para el desarrollo de los Estatutos redacte la Junta Directiva.
 - c) Modificar los Estatutos de la Asociación.
 - d) Disolver la Asociación.
 - e) Solicitar la declaración de utilidad pública.
 - f) Disposición y enajenación de bienes.
 - g) Constituir e integrarse en federaciones.
 - h) Aprobar el nombramiento de socios honorarios a propuesta de la Junta Directiva.

De la Junta Directiva

Artículo 16. La Junta Directiva estará compuesta por un Presidente, dos Vicepresidentes, un Secretario, un Tesorero y Vocales en número de dos a cuatro.

La Junta Directiva será elegida por la Asamblea General por un período de dos años, y el procedimiento a seguir es el descrito en el Reglamento de Régimen Interno.

Las vacantes que se produjeran en la Junta Directiva durante la vigencia de su

mandato se proveerán con los socios elegidos como suplentes, con más votos, en la última Asamblea Extraordinaria habida, salvo el cargo de Presidente, que será sustituido por el Vicepresidente 1.º. Quien sustituya a un miembro de la Junta lo hará por el mismo tiempo que le quedaba, de ejercicio, al sustituido.

Artículo 17. Son funciones de la Junta Directiva:

- a) Convocar las reuniones de la Asamblea General.
- b) La gestión y ejecución de los acuerdos de la Asamblea General.
- c) La administración del patrimonio y fondos de la Asociación.
- d) Presentar la memoria anual, presupuestos y balances.
- e) Abrir cuentas corrientes, libretas de ahorro y pólizas de crédito y operar con los fondos económicos, así como percibir subvenciones y donaciones dirigidas a la Asociación.
- f) La admisión o expulsión de socios y la propuesta, a la Asamblea General, de la ratificación de las mismas.
- g) Redactar y proponer a la Asamblea para su aprobación los reglamentos internos.
- h) Cualesquiera otras que le delegue la Asamblea o le atribuyan los reglamentos.
- i) Resolver provisionalmente cualquier caso no previsto en los Estatutos y dar cuenta de la solución adoptada en la primera Asamblea General que se celebre.

Artículo 18. La Junta Directiva se reunirá al menos una vez cada cuatro meses, por convocatoria del Presidente o de un tercio de los miembros de la misma, siendo necesaria la asistencia, al menos, de dos tercios de los miembros para la validez de los acuerdos. Las decisiones se adoptarán por mayoría simple de votos de los presentes, y en caso de empate el Pre-

sidente, o en su ausencia el miembro de la Junta que le represente, decidirá mediante voto de calidad.

Artículo 19. El Presidente ostenta la representación legal de la Asociación.

Son funciones del Presidente:

- a) Presidir las reuniones de la Asamblea, de la Junta Directiva y de los demás órganos sociales que lo requieran.
- b) Convocar la Junta Directiva.
- c) Autorizar y refrendar con su firma todos los actos y acuerdos de los órganos colectivos.
- d) Representar a la Asociación oficialmente ante los distintos organismos y en los actos públicos.
- e) Actuar como representante legal de la Asociación en todos los actos y contratos en que debe intervenir.
- f) Ejercer el voto de calidad en las reuniones de la Junta Directiva cuando las circunstancias lo requieran.
- g) Efectuar cobros y pagos, por cualquier título y cantidad, ante cualquier organismo de la Administración Pública y persona natural o jurídica.

Artículo 20. Los Vicepresidentes sustituirán al Presidente en caso de ausencia, enfermedad o por delegación de éste y le asistirán en las tareas que éste les encomienda.

Artículo 21. Son funciones del Secretario:

- a) Redactar y anotar, en los correspondientes libros, las actas de la Asamblea y de la Junta Directiva.
- b) Firmar con el Presidente los documentos de la Asociación.
- c) Custodia de los libros y documentos de la Asociación.
- d) Llevar la correspondencia de la Asociación.
- e) Tenencia del registro de socios, haciendo indicación de altas y bajas.

Artículo 22. El Tesorero tendrá en depósito los fondos de la Asociación y por delegación del Presidente podrá efectuar cobros y pagos por cualquier título y cantidad. Firmará los recibos de cuotas y presentará, al fin de cada ejercicio, el balance de ingresos y gastos del mismo y propondrá el presupuesto del ejercicio siguiente.

CAPITULO IV

De los órganos estructurales

Artículo 23. Para obtener una organización interna participada, efectiva y adecuada a sus fines, la Asociación podrá dotarse de los siguientes órganos estructurales:

- Asambleas Territoriales.
- Comité de Delegados Territoriales.
- Comité de Comunidades Terapéuticas.
- Comité Deontológico.

Y por cuantas comisiones de asesoramiento se estimen necesarias.

Todos estos órganos vendrán regulados por el Reglamento de Régimen Interno.

Artículo 24. Las Asambleas Territoriales tienen por objeto favorecer la implantación y el desarrollo de la Asociación dentro de cada Comunidad Autónoma en consonancia con sus peculiaridades y necesidades concretas.

Artículo 25. El Comité de Delegados Territoriales se formará con los designados por cada Asamblea Territorial constituida. Será un órgano consultivo para la Junta Directiva.

Artículo 26. El Comité de Comunidades Terapéuticas agrupará a todos los centros homologados por la Asociación mediante sus representantes designados.

Es también un órgano consultivo de la Junta Directiva.

Artículo 27. El Comité Deontológico estará compuesto por tres socios numerarios que no sean miembros de la Junta Directiva ni formen parte de comités ni comisiones, elegidos por la Asamblea General. Su cometido será velar por el cumplimiento de los deberes profesionales de las personas y centros asociados respecto a los pacientes en tratamiento y a los colegas e instituciones.

CAPITULO V

De los grupos de trabajo, sesiones científicas y cursos de formación

Artículo 28. Para cumplir con los fines propuestos, la Asociación contará con varias actividades permanentes.

Fundamentalmente, éstas serán:

- *Grupos de trabajo:* reuniones periódicas para el estudio metódico de temas relacionados con la toxicomanía, en general, y de su tratamiento en comunidad terapéutica.
- *Sesiones científicas:* espacios de presentación de datos y casos, debate y transmisión de contenidos científicos en relación con el fenómeno de la toxicomanía.
- *Cursos y seminarios de formación:* espacios destinados al perfeccionamiento y actualización teórico-práctica de los profesionales que trabajan en comunidades terapéuticas.

La Junta Directiva podrá proponer a la Asamblea la creación de otras actividades destinadas a mejorar la formación y capacitación de sus asociados para desarrollar debidamente la atención y tratamiento de los pacientes.

Artículo 29. En cuanto a sus actividades científicas, la Asociación estará abierta a las diferentes corrientes, escuelas y orientaciones técnicas.

CAPITULO VI

De las publicaciones y revistas

Artículo 30. Se podrá constituir un Comité de Publicaciones que tendrá a su cargo todo lo relativo a las publicaciones de la Asociación. Su Director será designado por la Junta Directiva.

CAPITULO VII

Del patrimonio y recursos económicos

Artículo 31. La Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos se constituye sin patrimonio fundacional y los recursos económicos con que contará son:

- a) Las cuotas de los socios.
- b) Las subvenciones oficiales o privadas que le sean concedidas.
- c) Las donaciones, legados o herencias a favor de la misma.

El presupuesto anual no sobrepasará los 200 millones de pesetas.

CAPITULO VIII

De la disolución

Artículo 32. La Asociación podrá ser disuelta por la Asamblea General extraordinaria, convocada al efecto, por acuerdo de, al menos, dos tercios de los socios asistentes. En tal supuesto se designará una comisión liquidadora, integrada por cinco socios, que deberá efectuar la liquidación en el más breve plazo de tiempo.

Artículo 33. En caso de disolución de la Asociación, todos los fondos y bienes que quedasen serán destinados a una Asociación cuyos fines sean coincidentes.

Artículo 34. La responsabilidad personal de los miembros de la Asociación queda limitada al cumplimiento de sus obligaciones estatutarias y a aquellas que hubieran contraído voluntariamente.

Reglamento de Régimen Interno de la Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos

CAPITULO I

Sobre la condición de socio y profesional de Comunidad Terapéutica

1.1. La condición de socio numerario puede adquirirse exclusivamente teniendo una vinculación laboral, profesional o administrativa con una Comunidad Terapéutica para Toxicómanos, homologada como tal por parte de la Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos (APCTT), y/o dependiente de un organismo público, de acuerdo con lo previsto en el artículo 8.º de sus Estatutos.

1.2. La condición de socio colectivo puede adquirirse exclusivamente por parte de las Comunidades Terapéuticas que hayan sido homologadas por la Asociación (APCTT), de acuerdo con lo previsto en el artículo 9.º de sus Estatutos.

1.3. La APCTT define como Comunidad Terapéutica para Toxicómanos aquella institución especializada en el tratamiento y/o la atención a personas con problemas de dependencia a cualquier tipo de droga, dirigida por un equipo de profesionales convenientemente titulados y/o preparados, y estructurada en torno a la participación del propio paciente en el proceso terapéutico global.

Dicho proceso tiene como objetivo fundamental la reintegración del paciente en su propio ámbito social y en condiciones de mantener la abstinencia, total u operativa, a la droga o drogas causantes de su dependencia. Para lograr dicho objetivo se atiende especialmente al logro de la maduración personal del paciente mediante un conjunto de técnicas terapéuticas,

educativas y ocupacionales reconocidas, contrastadas y utilizadas por instituciones de carácter similar en España y otros países.

La propia Asociación se define, en el artículo 2.º de los Estatutos, como un ámbito estratégico de contrastación de tales técnicas, mediante el trabajo, la experiencia, los contactos, las investigaciones y las publicaciones de sus socios, así como por la difusión de las aportaciones de otros profesionales, asociaciones o instituciones nacionales e internacionales.

Una Comunidad Terapéutica para Toxicómanos, en cuanto recurso especializado, puede funcionar en régimen de internado, o acoger a los pacientes sólo durante una parte del día o del proceso. A tales fines se considera como una única institución aquella estructura que bajo una misma dependencia administrativa mantiene recursos especializados diversos, como centros de acogida, tratamiento, internamiento, talleres, mecanismos de reinserción social, etc.

1.4. La homologación de una institución como Comunidad Terapéutica para Toxicómanos corresponde a la Junta Directiva de la Asociación, la cual determinará en todo momento los instrumentos técnicos de evaluación sobre los que se basa el mecanismo de homologación previsto en el capítulo III de este Reglamento, de acuerdo con los criterios que se señalan en el capítulo II.

1.5. Las instituciones homologadas como Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos por parte de la Asociación serán de conocimiento público, no sólo por parte de los socios, sino de cara a

todos los organismos, instituciones y medios de comunicación interesados en el tema, en el contexto de lo previsto en la disposición adicional primera.

CAPITULO II

Sobre los criterios para considerar una institución como Comunidad Terapéutica para Toxicómanos de carácter profesional

II.1. La Asociación considera que las Comunidades Terapéuticas de carácter profesional deben desarrollar sus tareas sometiéndose a la legislación y normativas vigentes en cada Comunidad Autónoma, así como a las legislaciones y normativas sanitarias, laborales y fiscales del Estado, y en especial las relativas a los derechos de las personas recogidas en el ordenamiento constitucional y otras declaraciones internacionales de los derechos de la persona.

En este sentido se considerará que:

- El ingreso en el centro es siempre voluntario y los toxicómanos pueden abandonar el tratamiento cuando lo deseen.
- Debe existir un tiempo límite preestablecido de estancia del toxicómano en la Comunidad.
- Debe garantizarse una asistencia y atención acorde con los problemas bio-psico-sociales que presentan la mayoría de toxicómanos.
- Los derechos y deberes de los internos deben ser conocidos y aceptados por éstos en el momento del ingreso en el Centro, mediante un Contrato Terapéutico o la existencia de un Reglamento de Régimen Interno.
- No existirá ningún tipo de adoctrinamiento ideológico de los internos ni presión proselitista de ningún tipo.
- No existirá el aprovechamiento lucrativo del trabajo o las actividades que

realizan los internos, por parte de la institución.

II.2. La condición de Comunidad Terapéutica profesional se adquiere, además:

- Por la existencia de un equipo multidisciplinar perfectamente diferenciado del grupo de asistidos y con contrato laboral.
- Porque este equipo posea la titulación y preparación adecuada para realizar las tareas profesionales que exige una Comunidad Terapéutica para Toxicómanos.
- Por la existencia de un programa terapéutico descrito, conocido e identificado en la perspectiva del saber y la formación científica, sin que ello suponga exclusión de orientaciones o prácticas terapéuticas.
- Porque estos programas se adecúen a las características del centro, disponibilidades materiales y capacidad del equipo.

II.3. Debe exigirse, además:

- Que existan criterios de valoración, diagnóstico, admisión y alta, soportados por protocolos médicos, psicológicos y sociales que posibiliten la existencia de sistemas de evaluación, y que éstos se utilicen para la autocritica y la mejora permanente del proceso asistencial.
- Que se colabore con los programas asistenciales amplios y con otras instituciones dedicadas al tratamiento del toxicómano o con fines sociales generales coincidentes con el objetivo fundamental de las Comunidades Terapéuticas: la reintegración del toxicómano a la vida social en las mejores condiciones de salud y calidad de vida posibles.

CAPITULO III

Sobre la petición de homologación de una institución como Comunidad Terapéutica para Toxicómanos y el proceso de resolución por parte de la APCTT

III.1. Para poder entrar en un proceso de homologación como Comunidad Terapéutica para Toxicómanos por parte de la Asociación, basta remitir a la misma petición formal suscrita por el responsable legal de la misma.

III.2. La Junta Directiva, conocida la petición y considerada su posible pertinencia, iniciará el proceso solicitando a la institución toda aquella información necesaria para poder determinar las características de la misma, mediante el oportuno cuestionario.

III.3. Una vez recibido el cuestionario, la Junta Directiva encargará a una persona o personas profesionales solventes la realización de un dictamen técnico sobre la institución solicitante, la cual deberá comprometerse a colaborar, facilitando la visita de sus instalaciones y el acceso a informaciones complementarias, al encargado o encargados de emitir el dictamen.

III.4. El dictamen técnico se referirá, necesariamente, a la certeza de las informaciones aportadas por el cuestionario, a la existencia y consistencia de los programas y valorará la posibilidad de considerar a la institución homologada como Comunidad Terapéutica para Toxicómanos.

III.5. A partir de las conclusiones del dictamen técnico, la Junta Directiva podrá optar por:

- a) Homologar la institución como CTT.
- b) Negar la homologación.
- c) Abrir un período transitorio, que determinará, en cada caso, la Junta Directiva, durante el cual la institución objeto

del proceso deberá aceptar la adopción de una serie de medidas que puedan posibilitar su homologación final.

III.6. En los casos en los que lo considere oportuno la Junta Directiva, a partir de la simple petición de homologación, o en cualquier momento del proceso, podrá homologar provisionalmente a una institución mientras que el proceso no se haya concluido. Los socios admitidos bajo este procedimiento perderán su condición de tales si el resultado final del proceso concluye con la negativa de homologación.

CAPITULO IV

Sobre las obligaciones de las instituciones homologadas y la pérdida de condición de tal

IV.1. Una vez homologada una Comunidad Terapéutica, ésta debe informar a la Asociación de todos aquellos cambios que impliquen una modificación en las condiciones originales que posibilitaron su homologación.

IV.2. El mecanismo formal de información consiste en facilitar los instrumentos previstos en el «Sistema standard de evaluación para las Comunidades Terapéuticas homologadas por la APCTT», aprobado en Asamblea General extraordinaria y gestionado por la Junta Directiva.

IV.3. Si del análisis de estos instrumentos se desprende que han variado las condiciones originales que posibilitaron la homologación, la Junta Directiva puede iniciar un expediente para retirar la condición de homologada.

IV.4. El procedimiento para el expediente será como sigue:

- 4.1. La Junta Directiva remitirá a la Comunidad Terapéutica un informe

con indicación razonada de aquellas circunstancias que justifican la pérdida de condición de institución homologada.

- 4.2. La Comunidad Terapéutica dispondrá de dos meses para presentar las alegaciones que estime pertinentes.
- 4.3. Si en este período no se presentan tales alegaciones se considerará que la institución ha perdido la condición de homologada como Comunidad Terapéutica.
- 4.4. Si se presentan las alegaciones, la Junta Directiva dispondrá de un período de dos meses para estudiarlas y proponer:

- a) La pérdida de condición de homologado.
- b) El mantenimiento de tal condición.

Optativamente se podrá proceder a la apertura de un período transitorio determinado por la propia Junta Directiva en el que la Comunidad Terapéutica se comprometerá a:

- a) Adoptar una serie de medidas sugeridas por la Junta Directiva que le permitan recuperar las condiciones originales de homologación.
- b) Aceptar la mediación y el dictamen de un profesional que señalará cuáles son las medidas adecuadas para recuperar las mencionadas condiciones.

Al final de dicho período la Junta deberá optar necesariamente, y sin posible prórroga, por una de las dos primeras propuestas.

IV.5. Una vez perdida la condición de Comunidad Terapéutica homologada por parte de una institución, la Junta Directiva propondrá a la siguiente Asamblea General la exclusión de aquellos socios vinculados a dicha institución, bajo la considera-

ción de incumplimiento grave de los Estatutos, de acuerdo al artículo 11, apartado b), de los mismos.

CAPITULO V

Del procedimiento para la celebración de las Asambleas Generales

V.1. Según establece el artículo 14 de los Estatutos, todas las Asambleas Generales serán convocadas por la Junta Directiva con quince días de antelación. Para ello el Secretario mandará una convocatoria, por correo certificado, en la que constará: orden del día, lugar, fecha y hora de la reunión, tanto en primera como en segunda convocatoria.

V.2. Todo socio numerario que no pueda asistir personalmente a una Asamblea General, tiene derecho a delegar su representación en otro socio numerario. Para ello extenderá unos poderes por escrito en los que constarán:

- a) Nombre y apellidos, DNI y número de socio, de quien confiere la representación.
- b) Nombre y apellidos, DNI y número de socio, de quien le representará.
- c) Especificación de la Asamblea para la que concede los poderes.
- d) Especificación de limitaciones de representación, si las quisiera establecer.

V.3. Todo socio numerario que asista a una Asamblea General podrá representar, como máximo, a otros dos socios numerarios.

V.4. Antes de iniciarse la Asamblea General, todo socio numerario que ostente la representación de otro/s socio/s, hará entrega al Secretario de la Junta Directiva de los poderes escritos pertinentes, quien, tras comprobar los datos, le extenderá un certificado de conformidad.

V.5. Antes de dar comienzo al tratamiento de los temas propios de la Asamblea, el Secretario pedirá la identificación de los socios numerarios presentes anunciando públicamente el conjunto final.

V.6. Con el conjunto de socios numerarios representados, el Secretario de la Junta Directiva elaborará una lista que dará a conocer, también públicamente, antes del comienzo de la Asamblea, así como este otro conjunto particular.

V.7. En el caso de propuestas o cuestiones que, después de ser presentadas y debatidas, deban ser objeto de votación, el Presidente anunciará claramente el tema que va a votarse, pidiendo a continuación:

- Votos a favor de la propuesta.
- Votos en contra de la propuesta.
- Abstenciones.

de los socios numerarios presentes en el recinto, mediante brazo alzado. Inmediatamente, a continuación, el Secretario requerirá el voto de los socios representados nombrándolos en voz alta.

Tras el recuento total de cada votación, el Secretario dará a conocer el resultado de la misma, que quedará registrado en acta correspondiente.

V.8. Dentro de los sesenta días inmediatos y siguientes a la celebración de una Asamblea General, el Secretario enviará a todos los socios copia del acta de la misma.

CAPITULO VI

Del procedimiento para la elección de la Junta Directiva

VI.1. Según establece el artículo 16 de los Estatutos de esta Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos, el procedimiento que

se seguirá para la elección preceptiva de la Junta Directiva, así como para la provisión de posibles vacantes en la misma, es el descrito en este Reglamento de Régimen Interno.

VI.2. La elección de la Junta Directiva corresponde a la Asamblea General constituida por los socios numerarios de la Asociación y convocada con carácter extraordinario (art. 15).

VI.3. Cada dos años se procederá a elegir, por votación, los siguientes cargos:

- Presidente.
- Vicepresidente 1.º.
- Vicepresidente 2.º.
- Secretario.
- Tesorero.
- Dos Vocales.

En el mismo acto, también se elegirán los suplentes que deberán cubrir cualquier baja que se produjese en dichos cargos, dentro del período que separa unas elecciones de las inmediatamente siguientes.

VI.4. La Junta Directiva deberá convocar el acto de elecciones con un mínimo de setenta días de antelación, mediante carta personal certificada dirigida a cada socio.

VI.5. A partir de este comunicado quedará abierto el plazo de presentación de candidatos, el cual expirará cuarenta días antes del señalado para la Asamblea General Extraordinaria en la que deberá procederse a la elección.

VI.6. Los miembros de la Junta Directiva se elegirán de entre los socios numerarios que se hubiesen propuesto a sí mismos como candidatos.

VI.7. Las candidaturas serán siempre individuales y sin especificación de cargo.

VI.8. Cada socio-candidato se propondrá a sí mismo mediante un texto de autopresentación. Este escrito no deberá sobrepasar las quince líneas, a máquina, y deberá ser remitido por correo certificado al Secretario de la Asociación dentro del plazo señalado (VI.5).

VI.9. Agotado este plazo, el Secretario procederá a remitir a los socios:

- a) Copia de cada una de las propuestas de candidato recibidas.
- b) Papeleta para la votación.
- c) Convocatoria de la Asamblea General Extraordinaria en la que se procederá a la elección de la nueva Junta Directiva.

VI.10. La Mesa de Votaciones se constituirá con el Presidente y el Secretario de la Junta Directiva y dos Supervisores elegidos previa y directamente por la Asamblea de entre los socios presentes.

VI.11. Son funciones de esta Mesa de Votación:

- Conducir el desarrollo de la votación.
- Resolver cualquier conflicto que surgiese en el curso de la misma, siempre en consonancia con los Estatutos y este Reglamento de Régimen Interno.
- Redactar el acta de la votación.

VI.12. La votación será secreta mediante papeleta, en la que constará:

- Relación nominal de los candidatos.
- Indicación de la C.T. en la que ejercen profesionalmente cada uno de ellos.
- Comunidad Autónoma a la que pertenecen.

VI.13. Cada socio señalará con una X un máximo de 10 candidatos en su papeleta. La que presente un número superior de nombres señalados, tachaduras, otras anotaciones o faltase algún fragmento de la misma, será considerada nula.

VI.14. Los votos emitidos por los socios numerarios presentes en la Asamblea —tras ser comprobado por el Secretario que reúnan las condiciones exigidas— serán depositados en una urna junto con los recibidos por correo.

VI.15. A continuación, el Presidente procederá a abrir la urna y a leer en voz alta el contenido de cada voto. Simultáneamente se realizará una doble anotación de los resultados: por parte del Secretario y otra, pública, en una pizarra o similar, que pueda ser vista por todos los miembros de la Asamblea.

VI.16. El candidato con mayoría simple de votos quedará designado, automáticamente, como nuevo Presidente. Los seis candidatos que obtengan, a continuación, mayor número de votos pasarán a completar con él los cargos de la Junta Directiva. Y los tres inmediatos siguientes quedarán designados como suplentes.

VI.17. En el caso de producirse empate entre los candidatos más votados se procederá a nuevas rondas de votación hasta conseguir desigualar. En ellas intervendrán, exclusivamente, los miembros de la Asamblea presentes, y en cada una de estas votaciones complementarias sólo figurarán como sujetos de elección los candidatos que prosiguiesen, al iniciarlas, empatados entre sí.

VI.18. La asignación de los cargos de la Junta Directiva será consensuada, posteriormente, entre el Presidente y los demás miembros elegidos. En caso de discrepancia será el Presidente quien los decida. En cualquier caso la Junta Directiva debe quedar constituida en la primera reunión que tenga como tal inmediata a la elección. Una vez constituida se comunicará por escrito su composición a los socios.

VI.19. Los socios que no puedan asistir personalmente a la Asamblea General

en la que se elige nueva Junta Directiva, podrán votar por correo.

VI.20. Para hacerlo procederán de la siguiente manera:

- Cumplimentarán la papeleta de votación según lo establecido (VI.13).
- La introducirán en un sobre que cerrarán y firmarán en el reverso.
- Introducirán este sobre en otro mayor junto con una fotocopia del DNI.
- Este deberá remitirse por correo certificado el Secretario de la Junta Directiva con una antelación no inferior a siete días respecto al de la votación.

VI.21. En el local donde se celebre la Asamblea figurará expuesta, en lugar visible y con antelación al inicio de la votación, la lista completa de los socios cuyo voto haya sido recibido por correo.

VI.22. En el supuesto de que no se presentase ningún candidato, se procedería a la elección libre y directa de los cargos entre todos los socios numerarios.

VI.23. En el supuesto de que se hubiesen presentado candidatos por un número inferior al de cargos de Junta Directiva y suplentes necesarios, se realizará una doble elección. Primera: votación de los candidatos presentados. Segunda: elección libre para designar los restantes cargos que no hubiesen cubierto con la votación anterior.

VI.24. A fin de garantizar en la Junta Directiva un cierto equilibrio en la representación de las diferentes regiones del Estado, cada Comunidad Autónoma sólo podrá tener un máximo de tres miembros en ella.

VI.25. Ello impone que en el momento del escrutinio de los votos se tenga presente esta condición, de tal manera que

sólo contabilicen los tres candidatos más votados de cada Comunidad Autónoma.

VI.26. En caso de empate en esta cuestión entre dos o más candidatos, pasarán automáticamente a formar parte de la Junta Directiva o del grupo de suplentes, según corresponda, los más antiguos de tales socios. Para dilucidar este punto, prevalecerá el orden de inscripción en el Libro Registro de Socios.

VI.27. Terminado el escrutinio, la Mesa de Votaciones redactará un acta en la que constará:

- Número de socios presentes en la Asamblea que hayan votado personalmente.
- Número de socios que hayan votado por correo.
- Número de candidatos votados.
- Resultado de las votaciones.
- Número de papeletas nulas.
- Reseña de incidencias, si las hubiera.

79

DISPOSICION ADICIONAL PRIMERA

La Asociación, a través de su Junta Directiva, buscando la colaboración de socios y Comunidades Terapéuticas homologadas, así como de los comités y grupos de trabajo previstos en los capítulos IV y V de los Estatutos, se compromete a publicar y promocionar el conjunto de condiciones que cumplen y que las hace acreedoras de tal homologación.

En este sentido, el tipo de condiciones de homologación previsto deberá tender a situarse por encima de las condiciones mínimas que marque la administración pública para homologar centros de tratamiento de toxicómanos, de tal forma que la homologación de una Comunidad Terapéutica por parte de la Asociación sirva de garantía para todo tipo de homologación administrativa. En concreto, se comienza

por considerar el contenido de las «normas de acreditación de centros de tratamiento de toxicómanos» promulgadas por distintas Comunidades Autónomas y aquello a lo que se pudiera referir el artículo 93 bis del Código Penal, aprobado en 1988.

DISPOSICION ADICIONAL SEGUNDA

La Junta Directiva y los asesores que elaboren los informes técnicos a partir de las peticiones de homologación, deberán realizar su labor con suma discreción y reserva absoluta, limitándose a informar al final del proceso de aquellas peticiones que se hubieran resuelto positivamente, salvo el caso de exclusión previsto en el punto 5 del capítulo III del presente Reglamento, en el que se facilitará toda la información pertinente a la Asamblea General.

DISPOSICION TRANSITORIA

Los miembros de número definidos en los Estatutos aprobados por la Administración en 1987 y admitidos con anterioridad a la aprobación de este Reglamento serán miembros de pleno derecho por un período máximo de dos años, a partir de la aprobación del mismo en la Asamblea General Extraordinaria.

Las instituciones a las que pertenecen dichos socios se considera que han cubierto el trámite de la petición de homologación, responsabilizándose la Junta Directiva, durante el período señalado, de completar para todas ellas el proceso de homologación previsto en el capítulo II de este Reglamento.

El proceso de homologación de las instituciones a las que se refiere esta disposición transitoria tendrá prioridad frente al proceso de homologación de aquellas instituciones que realicen la petición de homologación con posterioridad a la aplicación de este Reglamento.

80

Sistema standard de evaluación para las Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos homologadas por la APCTT

1. FUNCION DEL SISTEMA

El Reglamento de Régimen Interno prevé que las CC. TT. homologadas informarán permanentemente a la Asociación de la evaluación del centro y los posibles cambios que se produjeran en el mismo.

Por otro lado, la Asociación en sí misma constituye un ámbito privilegiado para el desarrollo de la investigación sobre temas relacionados con el consumo de ciertas drogas, la evolución del tipo de dependencia, la eficacia de ciertas técnicas o intervenciones terapéuticas y, en general, todo lo que se refiere al seguimiento y los resultados del tratamiento.

Este no es un sistema que tenga la finalidad de comparar los resultados entre CC. TT., ya que la Asociación no se inmiscuye en el trabajo terapéutico concreto ni en la orientación teórica de cada C. T., pero una vez ésta ha sido homologada, tiene que estar en condiciones de ofrecer los datos del conjunto de CC. TT. que pertenecen a la Asociación, en cuanto recurso específico y especializado.

Al mismo tiempo, la standarización posibilita la realización de investigaciones amplias, que de otra manera no son posibles, y que los diferentes trabajos que aporten los socios en las jornadas anuales tengan una base comparativa mínima que

posibilite la discusión en términos similares y la elaboración de conclusiones útiles a todos los que trabajan en el tratamiento de toxicómanos.

Finalmente, el sistema está en manos de cada C. T., que sólo se compromete a poner en marcha los mínimos y la estructura garantizada, pudiendo completarlo con otros datos y cuantos instrumentos considere útiles o interesantes a sus propios fines.

2. ESTRUCTURA DEL SISTEMA

No se trata de un sistema de evaluación de resultados, ni de evaluación externa, pero sí de cumplir con una serie de condiciones que posibilitarían este tipo de evaluación si se requiriera o si la Asociación, *por interés científico*, decidiera realizar, o apoyar la realización, de alguno de estos trabajos.

El sistema prevé que es obligatorio:

- Tener un *fichero de expedientes de casos e historiales* con unas condiciones mínimas en cada C. T.
- Que cada C. T. realice una *memoria anual* en la que se establezcan, como mínimo, una serie de datos comunes para todas ellas.
- Estar dispuesto a que investigadores, prioritariamente miembros de la Asociación y, en todo caso, autorizados por la misma, puedan acceder a la parte no confidencial del fichero de casos e historiales.

3. FICHERO DE CASOS E HISTORIALES

El fichero de casos e historiales debe cumplir las siguientes condiciones:

- a) Tener en un único lugar toda la documentación —historias sociales, datos

analíticos, historia clínica o terapéutica, historia toxicológica, fichas de acogida, cuestionarios, resultados de test, y todo instrumento que use la C. T.— de todos los sujetos que han sido tratados por la misma.

- b) Tener esta documentación ordenada por casos.
- c) Los casos deben ir ordenados cronológicamente, numerados correlativamente, y no es necesario que figuren los datos personales del paciente en la misma.
- d) Sin embargo, estos datos personales deben figurar en un libro de registro o en un fichero alfabético en el que, además, se indicará el número de expediente para facilitar una conexión entre los datos y la identidad del sujeto.
- e) Los datos personales se referirán a la identidad del sujeto y serán los necesarios para facilitar una posterior localización del mismo (en el bien entendido de que se cumplirán todas las normas éticas relativas a la confidencialidad y autorización previa para el uso de estos datos).
- f) En el fichero de casos e historiales se dispondrá, al menos, de los siguientes datos:
 1. Sociodemográficos básicos.
 2. Relativos a su historia social, clínica y toxicológica previa al ingreso en la institución.
 3. Relativos a su evolución terapéutica interna.
 4. Relativos a su salida o derivación a otras instituciones.

4. MEMORIA ANUAL

Datos que debe contener:

- a) Introducción descriptiva de la historia de la C. T. y (*) cambios más importantes ocurridos en el último año.

- b) (*) Dependencia administrativa.
- c) (*) Los siguientes resultados:
- Acogidas (entre el 1-1 y el 31-12).
 - Inicios de tratamiento (idem):
 - Distribuidos por indicación y tipo de recurso al que han sido derivados.
 - Salidas (diferenciando siempre los acogidos en el mismo año de los acogidos anteriores):
 - Abandonan.
 - Se remiten a otros recursos.
 - Son expulsados.
 - Alta.
 - Fuerza mayor.
 - Continúan a 31-12.
 - Continúan en situación de seguimiento discontinuo, terapia de apoyo o bajo algún control.
 - Lista de espera:
 - A 31-12.
 - Máximo anual y fecha.
 - Mínimo anual y fecha.
- d) Presentar estos datos en forma de panel de los resultados de años anteriores.
- e) (*) Descripción de los programas aplicados:
- Nombre del programa.
 - Contenido.
 - Medios utilizados.
 - Número de pacientes que han pasado por él.
 - Responsable.
 - Tiempo de dedicación de pacientes y responsables.
- f) (*) Descripción del equipo:
- Número de miembros.
 - Calificaciones académicas.
 - Roles dentro de la C. T.
- Tiempo de dedicación.
 - Voluntarios.
 - Profesionales en prácticas.
- g) Investigaciones realizadas en la C. T. o por sus miembros, o conclusiones terapéuticas de interés derivadas del trabajo.
- h) Formación:
- Docencia impartida.
 - (*) Intercambios con otras instituciones.
 - (*) Formación recibida.
 - Participación en Jornadas y Congresos.
 - Publicaciones.
- i) Referencias a normas de funcionamiento y a forma de acceder al recurso:
- (*) Si ha sido modificado el Reglamento de Régimen Interno o el Contrato Terapéutico (no es necesario incluirlo en la Memoria; se puede mandar sólo a la Asociación).
- j) Características de la población atendida:
- Sexo.
 - Edad.
 - Antecedentes judiciales.
 - Zona de residencia.
 - Drogas consumidas (frecuencia y dosis).
 - Institución que lo remitió.
 - Edad de inicio.
 - Tipo de familia.
 - Etcétera.
- k) Descripción de las características físicas de las instalaciones y de los medios disponibles y (*) cambios sustanciales ocurridos en el último año.
- l) (*) Existencia de supervisión y quién la realiza.

NOTA: los señalados con (*) son de obligada inclusión para la APCTT.

5. REALIZACION DE INVESTIGACIONES

Cada C. T. puede realizar todas aquellas investigaciones que le parezcan oportunas sobre la población que ha atendido, pero, por otro lado, la existencia del fichero de casos e historiales descrito posibilita:

- a) Que dos o más CC. TT. realicen algún trabajo conjunto.
- b) Que un socio pueda, contando con el consentimiento de la Junta Directiva, realizar algún tipo de investigación partiendo de datos de todas las CC. TT.
- c) Que la Asociación, a partir de las gestiones de su Junta, obtenga subvenciones para realizar investigaciones utilizando los datos aportados por las CC. TT. homologadas.

- d) Que la Junta Directiva de la Asociación conozca quién, desde qué nivel y con qué fines se están realizando investigaciones que incluyen las CC. TT. homologadas y pueda informar a las mismas de tales extremos para que éstas decidan si facilitar o no los datos solicitados por una investigación en concreto.

Las investigaciones tienen como finalidades primordiales:

1. Desarrollar el nivel de conocimiento de los socios.
2. Ofrecer datos de interés a la comunidad científica.
3. Dar a conocer el tipo de trabajo y los resultados que se producen en las CC. TT. homologadas por la Asociación.

ñaki Subijana Zunzunegui*

Jornadas sobre «Alternativas terapéuticas al cumplimiento de condena por parte del toxicómano»

Resumen y conclusiones

Donostia-San Sebastián, 2 de junio de 1989

El pasado 2 de junio se celebraron, en San Sebastián, unas jornadas de reflexión multidisciplinar en torno a Las alternativas terapéuticas al cumplimiento de condena por parte del toxicómano.

En las citadas Jornadas, tras una introducción de D. Jesús Laguardia, Secretario General de Drogodependencias del Gobierno Vasco, manifestaron sus reflexiones diversos profesionales del ámbito jurídico, social y asistencial en torno a la respuesta que debe articularse en favor de los drogodependientes que demandan auxilio terapéutico mientras cumplen condena o tienen alguna causa penal pendiente. Se constituyeron tres mesas redondas que debatieron los problemas de toxicomanía desde una perspectiva jurídica, asistencial y social, complementadas por el necesario debate entre los profesionales de cada uno de los colectivos anteriormente mencionados.

85

I. INTRODUCCION

DON Jesús Laguardia centró su intervención en el análisis de las pautas a seguir en la reflexión interdisciplinar sobre el toxicómano condenado. Resaltó, en primer lugar, la importancia de un *estatuto jurídico del drogodependiente* que regule los derechos y deberes de la situación jurídica del toxicómano frente a la comunidad asistencial y el aparato judicial. El citado estatuto puede colegirse de la vigente Ley 15/1988 del Parlamento Vasco sobre Prevención, Asistencia y Reinserción en materia de drogodependencias, que enmarca la asistencia al toxicodependiente dentro de los recursos sanitarios y sociales comunes a todos los ciudadanos. En segundo lugar, destacó la

necesidad de *respuestas individuales a la toxicomanía* a través, principalmente, de una utilización imaginativa de los recursos terapéuticos, educativos, sociales y laborales actualmente existentes. Finalmente plasmó las *dificultades* que, la respuesta a los conflictos generados por la persona toxicómana, plantea en la perspectiva judicial, penitenciaria y asistencial. *En el ámbito judicial* hay que mantener —dijo— un equilibrio entre el principio de seguridad jurídica, inherente a la igualdad entre los ciudadanos, y la necesaria individualización de la respuesta a la toxicomanía, para lo que debe asegurarse una relación coordinada con los profesionales de la sanidad y asistencial social. *En el ámbito penitenciario*, el tradicional carácter cerrado del medio carcelario impide vertebrar el hábitat necesario para un adecuado tratamiento de la persona toxicómana y dificulta su ingreso en la comunidad social.

(*) Colaborador del Instituto Vasco de Criminología (IVAC-KREI).

Finalmente, el *colectivo terapéutico* ha tratado de articular, sobre todo a través de la iniciativa social, una diversidad de respuestas a la toxicodependencia. Una labor de racionalización exige valorar la eficacia de las heterogéneas respuestas en orden a ofrecer al poder judicial un punto de referencia válido para la elección de la alternativa terapéutica más adecuada para solventar un problema de toxicodependencia generadora de una delincuencia funcional.

II. PERSPECTIVA JURIDICA

El análisis del delincuente toxicómano, en la vertiente jurídica, no es uniforme. Las diferentes esferas en que se vertebra el mundo jurídico producen, en cada una de ellas, diversos juicios valorativos sobre las toxicomanías. Así, en la *esfera judicial/fiscal* el problema de la persona toxicómana se centra en la búsqueda de alternativas a su ingreso en prisión, tanto en la fase sumarial como decisoria del proceso penal. Por su parte, en la esfera penitenciaria el tema se reconduce a las posibilidades de aplicar medidas terapéuticas en el marco del tratamiento penitenciario o, en su caso, de favorecer una clasificación en tercer grado que permita el acceso a recursos asistenciales extrapenitenciarios.

Con la finalidad de aglutinar las diversas facetas del mundo jurídico, en la primera mesa redonda participaron: D. Joaquín Giménez, Presidente de la Audiencia Provincial de San Sebastián; D. Alfonso Aya, Fiscal Jefe de la Audiencia Provincial de Vitoria; Dña. María Pilar Robles, Juez de Vigilancia Penitenciaria de Bilbao, y D. Juan Fernando Díaz, Director de la cárcel de Martutene.

1. El Presidente de la Audiencia Provincial de San Sebastián, D. Joaquín Giménez, centró su intervención en cuatro puntos básicos: la importancia del princi-

pio de legalidad penal, la necesaria integración de la respuesta judicial y social, el reciclaje judicial y el análisis del marco legal vigente.

a) *Importancia del principio de legalidad penal*

El principio de legalidad, como principio general del Derecho Penal, proyecta su influencia sobre toda la esfera punitiva, sirviendo de criterio rector al conjunto de soluciones judiciales sobre la toxicomanía. Ahora bien, de ello *no puede colegirse un cierto «automatismo judicial»*, sino más bien una limitación de las posibilidades de actuación judicial en aras a garantizar la seguridad jurídica del ciudadano. No en vano la ley penal es una enunciación abstracta cuya individualización debe realizar el juez atendiendo, principalmente, a las circunstancias del hecho y la personalidad del autor. Por lo tanto se articula la personalidad, y específicamente la personalidad toxicómana, *como uno de los criterios axiológicos que el juez debe ponderar para hacer efectiva la individualización penal*. Por otra parte, la Ley penal no es un orbe cerrado en sí mismo, sino más bien una parte integrante de una estructura superior, el ordenamiento jurídico, en cuya cúspide se encuentra la Constitución. En consecuencia, la labor hermenéutica que el juez efectúa en la sentencia encuentra uno de sus criterios rectores en el conjunto de preceptos constitucionales de carácter penal. Entre ellos destaca, en orden a configurar una respuesta judicial admisible al delincuente drogodependiente, *el artículo 25-2 que señala como finalidad de toda sanción penal privativa de libertad la reeducación y reinserción social*. Estas consideraciones llevaron a D. Joaquín Giménez a afirmar la conveniencia de admitir un determinado *«posibilismo judicial»* que permita articular soluciones coherentes con la realidad social existente —art. 3-1 del Código Civil— sin caer en

una creación judicial lesiva del principio de legalidad penal.

b) *Integración de la respuesta judicial y social*

Para el Presidente de la Audiencia Provincial de San Sebastián, la segunda pauta informadora de la actuación judicial en materia de drogas viene referida por la *necesaria relación integradora* entre los servicios sociales y el personal judicial. *Los servicios sociales deben diseñar el programa global* en el que se articulan los recursos disponibles por el juez para posibilitar la rehabilitación del drogodependiente. La citada formulación pone de manifiesto la necesaria coordinación institucional entre el aparato judicial y la organización de los servicios sociales públicos. *Tan necesaria es la valoración judicial*, que posibilite la utilización de las medidas alternativas al ingreso en prisión, *como la correlativa información por el sistema social del conjunto de recursos y tratamiento de asistencia al toxicómano.*

c) *Reciclaje judicial*

El tercer parámetro sobre el que debe articularse una correcta política judicial sobre drogas exige —en opinión del ponente— *una preparación profesional del juez*. El juez, cada vez más, debe reciclarse, entendiendo el citado término no en el sentido clásico de progresiva adaptación a las novedades normativas generales a lo largo del tiempo, sino más bien en el sentido integral de progresivo enriquecimiento de su personalidad científica en el conjunto de ciencias —jurídicas y no jurídicas— que informan su quehacer profesional. Esta convicción obliga a incidir sobre la *importancia de la Criminología en la formación judicial* que permite un examen interdisciplinar de la criminalidad generada por las drogas, tanto en sus causas como en sus posibles soluciones.

d) *Marco legal vigente*

Finalmente, el cuarto principio informador de la actuación jurisdiccional se plasma en la *delimitación* del marco legal aplicable. *El vigente Código Penal ofrece al operador judicial*, más que un conjunto articulado de preceptos penales, *una serie de artículos deslabazados* pero aptos para motivar una resolución acorde con la realidad social del drogodependiente. Los mencionados preceptos pueden diversificarse en dos grupos diferenciados: los primeros utilizables a la hora de valorar penalmente la conducta criminal del drogodependiente (eximente completa o incompleta de enajenación mental, así como atenuante analógica de toxicomanía), y los segundos previstos para evitar el ingreso en prisión del toxicómano condenado (los referentes a la remisión condicional, en especial el art. 93 bis).

Respecto a la *eximente completa/incompleta de enajenación mental* (arts. 8-1 y 9-1 del Código Penal) se afirma, como elemento positivo, su flexibilidad para adaptarse a las diversas situaciones personales del drogodependiente, así como su falta de referencia a los posibles antecedentes penales del enjuiciado. Como aspecto negativo se esgrime el inexistente control judicial paralelo a una falta de homologación pública de numerosos centros terapéuticos dedicados al tratamiento del toxicodependiente. Mayores críticas ha recibido, en la vertiente judicial y doctrinal, *el artículo 93 bis referente a la remisión condicional de la pena* para determinados delitos cometidos por personas toxicómanas. Sumariamente los juicios adversos se centran en:

— su aplicación exclusiva a penas privativas de libertad de hasta dos años cuando, paralelamente, se produce un incremento importante en la penalidad fijada para el delito de tráfico de drogas;

- la consideración de la reincidencia como elemento impeditivo del acceso a la remisión, ignorando todo análisis criminológico de la realidad que pone de manifiesto el carácter no primario de los delincuentes toxicómanos;
- y, finalmente, la fijación del abandono del tratamiento como fundamento de una revocación judicial del beneficio, con lo que se requiere una valoración jurídica del abandono compatible con los necesarios desfallecimientos generadores de un desligamiento esporádico a las pautas del tratamiento.

Como elemento positivo del mencionado artículo 93 bis se insistió en el hecho del reconocimiento legislativo del carácter criminógeno de la droga, en la medida que el beneficio se circunscribe a la denominada «delincuencia funcional», bajo cuyo concepto se engloban los hechos delictivos motivados por la drogodependencia.

2. La segunda intervención desde la perspectiva jurídica, correspondió al Fiscal Jefe de la Audiencia Provincial de Vitoria, D. A. Aya. El criterio rector que informó su actuación fue el de completar las opiniones sostenidas por su antecesor en la palabra, D. J. Giménez.

a) *Necesaria coordinación de recursos asistenciales*

Desde esta perspectiva, puso de manifiesto la necesidad de reconocer la *suficiencia de recursos terapéuticos disponibles por los toxicómanos* con auténtica voluntad de desintoxicación y reinserción. Este planteamiento se asienta en la evidente discordancia numérica existente entre las personas afectadas por una toxicomanía y las personas dependientes que efectivamente ostentan una voluntad de someterse a un tratamiento terapéutico de deshabitación. Por ello, el problema *no se centra en crear nuevos recursos como*

en coordinar los existentes, tanto desde una perspectiva interna —los centros terapéuticos entre sí— como externa —centros, Administración Pública, Poder Judicial, ...—.

b) *Estatuto jurídico de drogodependientes*

Respecto al estatuto jurídico del drogodependiente debe sustentarse —afirmó— en la consideración del *drogodependiente como sujeto con las facultades inherentes a la dignidad de la persona humana* y, por ende, con una voluntad mínima conformadora de una autodeterminación de su personalidad incompatible con un estatuto jurídico fundado en la plena irresponsabilidad por sus actos contrarios al tratamiento. Al fin y al cabo, si se le trata como un sujeto absolutamente irresponsable se le estaría privando de algo consustancial a la condición humana, con la consiguiente aparición del fenómeno que algunos autores han denominado «*el fetiche de la sustancia*» (González Zorrilla). En el mismo orden de ideas, si bien el estatuto del drogodependiente debe acoger en su seno las especificidades propias de su situación personal, social y cultural, ello no debe llevar —a juicio de D. A. Aya— a una *consideración absolutamente privilegiada* del toxicómano en perjuicio de otras personas en análoga situación socio-cultural, pero carentes de toda dependencia toxicológica.

c) *Relaciones Poder Judicial/ Servicios Asistenciales*

El tercer tema sobre el que giró la disertación del ponente fue el relativo a la *necesaria coordinación institucionalizada* entre el aparato judicial en sentido amplio (jueces y fiscales) y los servicios asistenciales públicos, responsables «últimos» de las alternativas terapéuticas a la drogadicción.

En este punto planteó la posibilidad de configurar al *Instituto de Reintegración Social (IRSE)* como *nexo de unión entre el órgano jurisdiccional y los centros asistenciales* en los que se realiza el tratamiento deshabitador. Las atribuciones de IRSE abarcarían, en el marco de su básica función de enlace y coordinación, el conjunto de incidencias surgidas en las diversas etapas del tratamiento. Precisamente, así se evitaría uno de los defectos esenciales del artículo 93 bis como es el de la remisión condicional. El IRSE controlaría la revocación judicial del beneficio cuando la continua inasistencia o falta de sujeción del drogodependiente a las pautas terapéuticas evidencien un desentimiento del tratamiento.

d) *Análisis de la legalidad vigente*

Respecto a la legalidad vigente, considero que la seguridad jurídica no es incompatible con el necesario arbitrio judicial, sobre todo cuando es favorable al drogodependiente. Como línea de principio *debe fomentarse una interpretación flexible de los textos legales* en orden a posibilitar a toxicómanos, con voluntad acreditada de deshabitación, el acceso a centros terapéuticos.

En todo caso, esta flexibilidad debe abarcar la fase sumarial del proceso a través de instituciones como la prisión atenuada, si bien la nula regulación legal imposibilita delimitar con precisión los efectos dimanantes de tal medida cautelar como cómputo del plazo, aplicación de medidas, etc.

Finalmente, *respecto al artículo 93 bis*, el ponente formuló un *juicio negativo* afirmando que los supuestos encuadrables en sus previsiones típicas ya encajaban, y con menos requisitos, en su antecedente artículo 93.

3. La tercera reflexión correspondió a

la Juez de Vigilancia Penitenciaria de Bilbao, Dña. M. P. Robles, quien constató el consumo de droga en la cárcel como consecuencia inevitable de la propia circulación de las sustancias tóxicas más allá de los centros penitenciarios. Debido a ello, *el juez de vigilancia*, como tutelador jurisdiccional ordinario de los derechos de los internos, *debe potenciar aquellos instrumentos legales necesarios para el adecuado tratamiento de los internos drogodependientes*. Precisamente en este punto se pone de manifiesto la falta de una legislación que contemple el fenómeno de la droga en su perspectiva global, aglutinante de las medidas adoptables en la fase judicial y penitenciaria. En este sentido, la ponente señaló lo limitado del marco legal constituido, a nivel penitenciario, por la Ley General Penitenciaria y su reglamento. En esta Ley se contemplan preceptos relativos al tratamiento en prisión —concretamente los referentes a la existencia de dependencias para toxicómanos, centros hospitalarios y tratamientos colectivos— y preceptos referentes a la asistencia extrapenitenciaria —posibilidad reconocida en el artículo 57 del Reglamento Penitenciario a los penados clasificados en tercer grado—.

El necesario engarce entre el juez sentenciador (del que emana el juicio jurisdiccional sobre la existencia del delito y pena aplicable) y el juez de vigilancia (ejecutor de la sentencia y tutelador de los derechos del interno) exige, en conclusión, una política legal y judicial que permita una coordinación de las medidas adoptables en fase judicial y penitenciaria.

4. D. J. F. Días, Director de la Cárcel de Martutene, expuso dos temas principales: el tratamiento de los toxicómanos penados en la cárcel y la problemática específica de los presos preventivos. Ambos puntos los insertó en el marco de la progresiva apertura de los centros penitenciarios al exterior, sin perjuicio de reco-

nocer la visión socialmente represiva del recinto carcelario.

a) *Tratamiento penitenciario de los toxicómanos condenados*

El tratamiento de los toxicómanos penados ha sufrido una progresiva evolución al hilo de las nuevas pautas político-criminales informadoras del Derecho Penal y Penitenciario. Así, se ha pasado de una pura concepción de control del acceso de droga a la cárcel a una convicción en la necesidad de elaboración de programas de deshabituación y rehabilitación, como paso previo a una reintegración social. Como paradigma de esta evolución, el ponente presentó el *convenio* celebrado entre la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y la Fundación *Ametzagaña*, por el que se crea una unidad, en dicha Fundación, para el tratamiento de internos menores de veintidós años.

b) *Problemática específica de los presos preventivos*

Mayores problemas presenta la situación de los presos preventivos por su *dependencia funcional del tribunal* condecorador de la causa en la que se encuentran incurso. Dado el carácter puramente cautelar de la prisión provisional, es indudable que toda medida penitenciaria potencialmente afectante a su situación jurídica necesita de la previa autorización judicial. Con ello, se pone de manifiesto la conveniencia de potenciar una *relación permanente y recíproca del órgano judicial con el centro penitenciario* en el que se encuentra recluso el interno que permita la eficacia de la opción del preso favorable al tratamiento de desintoxicación.

c) *Propuestas de «lege ferenda»*

En consecuencia, propugnó una *acción legislativa*, ceñida a la reforma de la ley de

enjuiciamiento criminal, en orden a posibilitar la sustitución de la pena privativa de libertad por el ingreso en un centro terapéutico homologado, y una *acción institucional* reflejada en la creación de unidades terapéuticas para toxicómanos radicadas en los propios centros asistenciales, si bien dependiendo funcionalmente del centro penitenciario correspondiente.

5. En el posterior *debate* un representante de la Fiscalía de Bilbao puso de manifiesto el *carácter exclusivamente criminalizador de la legislación penal* en materia de drogas, con la excepción de artículo 93 bis, que es el único precepto en el que se asume el carácter criminógeno de la droga. Frente a ello, consideró que debe propugnarse una legislación que reduzca la visión penalizadora en favor de una progresiva acentuación de la perspectiva reintegradora del drogodependiente.

Por su parte, el magistrado D. J. Giménez discrepó del planteamiento de la Juez de Vigilancia Penitenciaria, en orden a las escasas atribuciones del citado órgano jurisdiccional en materia de toxicodependencia, aduciendo su carácter de *órgano ejecutor de las sentencias penales*, con lo que debe velar por la eficacia del principio resocializador, recogido en el artículo 25 de la Constitución, de directa aplicación, dada su ubicación sistemática en sede de los derechos fundamentales.

Finalmente, D. J. L. de la Cuesta, Catedrático de Derecho Penal de la Universidad del País Vasco, centró su intervención en tres cuestiones fundamentales: carencia de medios técnicos para apreciar la toxicomanía, la ratio del artículo 93 bis y problemas interpretativos del mencionado precepto.

La referencia a la *carencia de medios técnicos* de apoyo al órgano judicial parece evidente —dijo—, sobre todo pensando en la pericia médico-legal de indudable importancia a la hora de establecer la incidencia de la droga en las facultades voliti-

vas del sujeto acusado de la comisión de un hecho delictivo.

Respecto a la *ratio del artículo 93 bis*, si bien es cierto que su alusión a la toxicomanía presenta un carácter simbólico, opinó que puede tener un efecto criminógeno al hilo de la ilusión de que la alegación de toxicomanía puede ser para el delincuente una vía fácil de evitar la prisión.

Finalmente, en la medida que el artículo 93 bis existe, parece obligado establecer *pautas hermeneúticas* dirigidas a potenciar su aplicación. En este sentido, el profesor D. J. L. de la Cuesta propugna la necesaria delimitación entre el campo de vigencia del artículo 93 bis y el propio de la eximente completa o incompleta de enajenación mental. El cometer un delito motivado por la adicción a las drogas no supone necesariamente una disminución de las facultades intelectivas y volitivas del sujeto en medida tal como para apreciar una exención o atenuación de la responsabilidad penal. Con ello se logrará una ampliación del campo de aplicación del artículo 93 bis, al no quedar reducida su eficacia al ámbito de los sujetos toxicómanos beneficiados por una inimputabilidad penal, total o parcial.

La última intervención en el debate correspondió a D. J. A. Abeijón, Jefe del Servicio de Toxicología de Osakidetza, que resaltó la *falta de coordinación* entre los órganos judiciales y servicios asistenciales, debido, a su juicio, a las dificultades judiciales de conciliar el cumplimiento de la legalidad, que exige generalmente el ingreso en prisión del delincuente drogodependiente, con la constatable realidad de imposible cumplimiento en prisión de todo tratamiento rehabilitador.

III. PERSPECTIVA ASISTENCIAL

Desde la vertiente asistencial se persigue dar una respuesta terapéutica a la

toxicomanía. La citada respuesta genera problemas tales como elección del recurso terapéutico más adecuado, homologación pública de tales recursos o dificultades con los toxicómanos sometidos a procesos judiciales.

Para resolver tales cuestiones se formó una mesa redonda compuesta por D. Miguel Gutiérrez, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Santiago; D. Jesús Pérez Arróspide, Director de Bienestar Social del Gobierno Vasco; y D. Juan Antonio Abeijón.

1. D. J. A. Abeijón comenzó su exposición señalando, como presupuesto básico de todo tratamiento clínico, la necesidad de una estructuración individualizada para cada toxicómano. *No es la especificidad de los medios técnicos utilizados*, muchas veces homogéneos, *sino su vertebración en una organización originaria lo que posibilita una solución de la dependencia orgánica de las drogas*. A partir de este planteamiento básico deben examinarse las respuestas que, en la actualidad, se ofrecen a los toxicómanos, así como las posibles pautas a seguir en el futuro nivel asistencial.

a) Modelos Asistenciales

La respuesta a la toxicomanía se ha nucleado en torno a cuatro modelos básicos: uno *social*, enfocando la drogodependencia como una suerte de «enfermedad social» debido a las múltiples disfunciones que el abuso de drogas genera en la relación individuo-comunidad social; un segundo modelo *psiquiátrico* inherente a la concepción de la toxicomanía como generadora de un sufrimiento psíquico individual con la correlativa aplicación de terapias propias de las clásicas enfermedades mentales; el tercer modelo es el denominado *voluntariado*, contenido por las comunidades terapéuticas

que fundan su respuesta a la toxicodependencia no en reglas científicas, sino más bien en modelos conductuales de ex-toxicómanos; finalmente, el último modelo es el *médico*, que centra su atención en las alteraciones patológicas provocadas por el consumo de drogas en la fisiología del individuo.

A juicio de D. J. A. Abeijón, *ninguno de los modelos funciona* debido a su visión parcial del problema drogas, pues centran su atención en las diversas consecuencias (físicas, psíquicas o sociales) que encuentran en el consumo de sustancias tóxicas su punto de referencia.

b) Pautas Asistenciales futuras

Por ello debe propugnarse, como pautas a seguir a nivel asistencial, un plan global de servicios asentado en cinco pilares básicos:

- Contemplación de las *toxicomanías como un problema de salud mental*, entendiendo por tal el conocimiento científico que desborda los márgenes de la psiquiatría recogiendo los elementos biológicos, psicológicos y sociales que coadyuvan a obstaculizar la capacidad del individuo para enfrentarse a su propio «yo» y al medio en el que se desenvuelve.
- Necesidad de una *pluralidad de ofertas* que resuelvan los problemas médicos, psicoterapéuticos y residenciales generados por el consumo de drogas.
- Articulación de las citadas ofertas mediante *centros radicados* en los lugares que permitan desarrollar una solución individualizada de cada toxicómano.
- Formación de *técnicos preparados* capaces de estructurar la cadena originaria para una solución individualizada de cada drogodependiente.
- *Coordinación* de la oferta pública y privada de recursos asistenciales.

c) Tratamiento para toxicómanos condenados

Finalmente, dado que las Jornadas se centraban en los recursos terapéuticos para toxicómanos sujetos a procesos judiciales, el ponente expuso la problemática específica del tratamiento para drogodependientes en prisión. Como línea de partida se afirma la *imposibilidad de realizar un verdadero tratamiento terapéutico en prisión*, pues la voluntad del interno fija su prioridad en la anhelada libertad más que en la asunción responsable de las fases del programa de desintoxicación. No por ello debe abandonarse toda posibilidad asistencial en los centros penitenciarios, sino más bien debe reconducirse a un examen de petición de asistencia efectuada por el toxicómano, como trabajo imprescindible para reforzar una voluntad activa que permita el éxito de un futuro tratamiento en libertad.

2. Una posterior intervención, en el marco de la asistencia, correspondió a D. M. Gutiérrez, que evaluó las *relaciones entre la Administración de Justicia y los servicios asistenciales*.

A su juicio, *la relación es puramente puntual*, en el sentido de producirse, no de manera institucionalizada y permanente, sino de forma limitada a los supuestos en los que el órgano judicial necesita de criterios técnicos para fundar su resolución: asistencia al detenido, dictámenes periciales y seguimiento técnico de la víctima.

En el seno de las mencionadas *relaciones puntuales*, las dificultades pueden reconducirse a la diversa valoración de la ciencia médica y jurídica respecto a la toxicomanía.

Así se critica, *desde una perspectiva psiquiátrica*, la utilización judicial de la exigencia (completa o incompleta) de enajenación mental para personas toxicómanas,

en la medida que el consumo de drogas no produce una alteración de la razón que conlleve calificar a un drogodependiente como enajenado.

Por su parte, *desde una perspectiva judicial*, se aduce la aplicación de la eximente de enajenación por razones político-criminales, al permitir la aplicación de medidas, como internamiento o tratamiento ambulatorio, a personas drogodependientes que padecen una alteración patológica que afecta, con intensidad variable, no a la razón sino a las facultades volitivas del sujeto.

Para evitar estas disfunciones, provocadas por una falta de coordinación institucional de los operadores jurídicos y los peritos médicos, se propugna la *introducción, en el Código Penal, de una eximente/atenuante de toxicomanía* (como en la propuesta de anteproyecto de Código Penal), así como la *potenciación del papel del médico forense* como auténtico elemento de engarce entre la visión judicial y médica en el conjunto de problemas colindantes a ambas ciencias.

3. Finalmente, D. J. A. Pérez de Arrós-pide presentó la *función de los servicios sociales* a través del examen individualizado del papel de los servicios sociales en las toxicomanías, los caracteres de la demanda y el esquema organizativo que permite acceder a los servicios sociales para satisfacer la demanda.

a) *El rol de los servicios sociales*

Respecto al papel de los servicios sociales, opinó que debe asignárseles, fundamentalmente, *una función de apoyo al sistema asistencial y judicial*. Como regla general, el acceso a los servicios sociales se produce con posterioridad a la intervención asistencial o judicial, pues es el centro ambulatorio pertinente o el órga-

no judicial competente quien insta de los servicios sociales los apoyos, en el entorno social del toxicómano, necesarios para su reintegración. Ello respondería al esquema, plasmado en *la Ley de prevención, asistencia y reinserción en materia de drogodependencias*, de configurar el tratamiento del toxicómano como un proceso complejo de fases sucesivas constituidas por la desintoxicación, deshabituación y rehabilitación.

b) *Características de la demanda asistencial*

La demanda de servicios sociales proviene de la propia *Administración Pública* —en sus diversas vertientes competenciales— del *usuario* —entendido en sentido amplio comprensivo del toxicómano y su entorno familiar —y de las denominadas *instituciones* que son antes públicos no responsables de los servicios sociales pero dotadas de esferas competenciales íntimamente relacionadas con la toxicodependencia (jueces, servicios asistenciales).

Así se solicita apoyo residencial para las personas carentes de ubicación física; recursos económicos destinados a satisfacer necesidades vitales; orientación y promoción de la formación ocupacional como medio de autonomía económica e integración social; y, finalmente, configuración de una política sectorial que estructura la dinámica tiempo/ocio, el derecho a una prestación asistencial básica como el acceso al sistema educativo.

c) *Posibilidades de acceso a los servicios sociales*

El último eslabón del planteamiento efectuado por el ponente quedó constituido por el examen del cauce de acceso a los servicios sociales. En este sentido, opi-

nó que debe diversificarse el estudio de la estructura actualmente vigente respecto a la que se quiere implantar gradualmente en el futuro. En la actualidad, es patente la *falta de coordinación institucionalizada* entre la diversidad de recursos sociales existentes en los diversos niveles de la Administración Pública (Ayuntamiento, Diputación, Gobierno Vasco). De esta manera, la suficiencia de recursos existentes en la Comunidad Vasca se ve desaprovechada por una falta de coordinación entre los mismos. Por ello, partiendo de la existencia de una pluralidad de programas sociales, en el futuro deben *planificarse los servicios sociales diversificando el camino que debe seguir la demanda según provenga del sistema judicial o asistencial*. En el sistema judicial el centro institucional rector sería el *IRSE*, que canalizaría las demandas judiciales, posibilitando las estructuras pertinentes en los centros sociales ubicados en el ámbito familiar/profesional/social del toxicómano conde-nado.

En el sistema asistencial el enlace institucional de los centros terapéuticos con los servicios sociales sería doble: por una parte el *IRSE*, para los toxicómanos sin sujeción judicial alguna, y la *Comisión de Asistencia Social, para toxicómanos que han cumplido la condena y abandonan el campo de acción judicial*.

4. El posterior *debate* giró en torno a dos cuestiones básicas: la *coordinación institucional* de los recursos y la *diversa valoración médico-jurídica* sobre las toxicomanías.

El magistrado D. J. Giménez solicitó, desde la perspectiva judicial, la existencia de un *centro oficial canalizador de los recursos terapéuticos y sociales* existentes al que el juez pueda acudir con operatividad en las diversas fases del proceso penal.

En el mismo sentido, D. J. L. Arrese

amplió el planteamiento anterior exigiendo la configuración de una *política intersectorial* que permitiera una vertebración de los sistemas (judicial, asistencial y social) de carácter interno (entre los recursos y centros ubicados en cada sistema) y externo (entre los diversos sistemas) como conformadores de la respuesta institucional a la toxicomanía.

Por su parte, D. J. Antonio Aguirre, Diputado de Bienestar Social de la Diputación Foral de Gipúzcoa, dado el carácter multidisciplinar de la toxicomanía, planteó la necesidad de *referentes institucionales* que permitan determinar, en cada caso, quién es la entidad pública responsable de una prestación asistencial y social, con independencia de la pluralidad de órganos a los que específicamente corresponde su conocimiento, problema éste último de organización interna.

Con especial referencia a los toxicómanos internos en un centro penitenciario, D. J. Laguardia destacó la necesidad de *modelos profesionales* que sirvan de soporte a los recursos materiales imprescindibles para la reintegración social del toxicómano penado. Con ello se lograría crear un entorno apto para potenciar la funcionalidad de los elementos instrumentales (vivienda, recursos económicos, orientación profesional) muchas veces enervados por un ambiente social reactivo al toxicómano con antecedentes penales.

En el tema de la diversa valoración de la toxicomanía por el estamento judicial y médico, D. J. L. de la Cuesta resaltó la necesaria coordinación médico/legal con la posible búsqueda de *soluciones normativas* más acordes con los postulados técnico-científicos.

IV. PERSPECTIVA SOCIAL

En esta sede se recogen los planteamientos que, a nivel social, se han ido articulando.

do para configurar alternativas eficaces al ingreso en prisión del toxicómano condenado.

Para ello se organizó una mesa redonda en la que participaron representantes de PROYECTO HOMBRE, AGIPAD, ETOR-KINTZA y el IRSE.

1. *La actuación de PROYECTO HOMBRE gira en torno a la figura del drogodependiente*, definido como persona cuyos hechos delictivos son consecuencia de su dependencia física y psíquica a sustancias tóxicas. Persigue la realización de dos postulados fundamentales:

- La *sustitución gradual de la pena privativa de libertad por medidas alternativas*.
- Y, en la medida que la pena privativa de libertad no puede desaparecer de manera absoluta en las actuales ordenadas político-criminales, la *consolidación de la finalidad rehabilitadora de la privación de libertad*.

Centrando su análisis en las respuestas normativas a la drogadicción, la representante del Programa PROYECTO HOMBRE, Dña. Maite Alkorta, fijó su disertación en cuestiones referentes a la diversa situación del toxicómano ante cada fase del proceso: antes de la sentencia, en la sentencia y después de la sentencia.

Respecto a la *situación anterior a la sentencia*, afirmó que es problemática en un doble sentido: si se decreta la prisión preventiva, el toxicómano ingresa en prisión sin que la Ley Penitenciaria prevea un tratamiento terapéutico rehabilitador; si, por el contrario, se decreta libertad provisional se abren las puertas a un tratamiento en centro terapéutico pero sin posibilidad de computar su duración en la posible futura condena a pena privativa de libertad a un sujeto cuya adicción a las drogas desapareció, con el consiguiente *riesgo de paso*

atrás en el proceso de reintegración social del individuo en cuestión, o buscar una alternativa de ingreso en prisión muchas veces fundada en presupuestos de justicia material más que en preceptos positivos concretos, con el correlativo riesgo de inseguridad jurídica.

En el *momento de la sentencia*, el caballo de batalla se encuentra en la fijación del campo de aplicación de las *eximentes y atenuantes* de enajenación y toxicomanía. En esta sede la perspectiva de la comunidad terapéutica se encuentra en conflicto con el análisis médico (contrario a la aplicación de la eximente de enajenación mental, pues las características del toxicómano no se ajustan a los presupuestos clásicos de una personalidad enajenada) y con la valoración jurídica (que exige una alteración patológica del individuo, así como una afectación cualitativamente importante de las facultades intelectovolitivas). Para la comunidad terapéutica la mera constatación del carácter toxicómano del sujeto debiera conllevar la aplicación de una eximente o atenuante, con independencia de las facultades mentales del sujeto en el momento de cometer el delito.

En la *fase posterior a la sentencia*, el análisis debe centrarse en el polémico *artículo 93 bis*. Aquí las críticas de la Asociación PROYECTO HOMBRE son comunes a las manifestadas por los operadores jurídicos: exclusiva aplicación a penas privativas de libertad hasta dos años, carácter de delincuente primario del toxicómano y falta de fijación normativa del concepto de abandono como causa de revocación del beneficio.

A modo de conclusión se señaló que, asumiendo la reintegración social como finalidad esencial de la pena privativa de libertad, debe conseguirse una conexión material juez-centro rehabilitador para la actuación coordinada sobre cada uno de

los factores conformadores de la compleja figura del drogodelincuente: drogadicción y delincuencia.

2. La segunda intervención correspondió a la representante de ETORKINTZA, quien, dada la nula aplicación del artículo 93 bis, expuso las fases del proceso terapéutico de los toxicómanos delincuentes por ellos seguido.

En la primera fase se estudia la *petición de tratamiento* del interno para verificar el grado de motivación real y evitar la asunción del programa como elemento de huida del recinto penitenciario.

Una vez evaluada positivamente la petición, se pasa a la *etapa ambulatoria*, donde se analiza la personalidad del toxicodependiente en sus aspectos orgánico y psicológico. A este examen individual se une el estudio del elemento relacional toxicómano-medio exterior, por lo que se mantienen continuos contactos con el sistema familiar, judicial y penitenciario.

Finalmente, la última etapa se verificará en la *comunidad*, donde se busca un cambio de actitud personal del interno mediante un estudio individualizado excluyente de todo nivel relacional.

3. El representante de AGIPAD, D. Gabriel Roldán, sistematizó su exposición en tres temas principales: estudio de la relación asistente-juez, deficiencias del artículo 93 bis y medidas a adoptar para la mejora de la situación del drogodependiente condenado.

La relación asistente-juez se presenta, *a priori*, dificultosa por la diversa visión con la que ambos profesionales enfocan la situación del toxicómano-delincuente. Mientras el aparato judicial enjuicia los actos presuntamente delictivos cometidos por un toxicómano para realizar un juicio jurisdiccional absolutorio o condenatorio,

el asistente persigue la aplicación de un programa terapéutico que logre la desintoxicación del drogodependiente y su posterior acceso al colectivo social como sujeto plenamente responsable. La mencionada actuación asistencial se encuentra presidida por una serie de criterios rectores difícilmente compatibles con un juicio judicial condenatorio, tales como el necesario cumplimiento del programa terapéutico fuera del recinto penitenciario, o la voluntaria asunción de las fases del programa deshabitador incompatible con una decisión puramente funcional de acceder a la comunidad terapéutica como medio de aludir el ingreso en un establecimiento penitenciario.

El *artículo 93 bis*, además, plantea el inconveniente de referirse exclusivamente a los toxicómanos condenados por un delito cometido con motivo de su adicción a las drogas.

Ignora la problemática del toxicómano con causas penales pendientes, con lo que queda ausente de toda regulación legal el tema de la posible condena privativa de libertad impuesta al drogodependiente rehabilitado e integrado en el colectivo social.

Respecto a las *medidas* a adoptar para la *mejora de la situación del drogodependiente condenado*, el ponente resaltó la necesidad de centros acreditados por los poderes públicos; la coordinación institucional del sistema judicial y asistencial para evitar la conversión de los centros terapéuticos en simples sistemas de control personal; una periódica evaluación del proceso terapéutico con el posible replanteamiento de las medidas adoptadas; y, finalmente, una necesaria solución normativa al fenómeno del abandono del tratamiento terapéutico decretado judicialmente.

4. La cuarta intervención correspondió a Dña. Esther Aramburu, miembro del

IRSE, una de cuyas actividades esenciales es la orientación social al detenido.

a) *Funciones del IRES*

El IRES se configura como verdadero *punto de unión entre el aparato judicial y el entorno social del detenido*, al ofrecer al juez información sobre la situación personal del detenido, así como proveer al sujeto detenido de los medios necesarios para superar la situación conflictiva.

En el supuesto específico de detenidos toxicómanos se actúa como *enlace familia/juez/comunidad terapéutica*, en orden a lograr una actuación coordinada y recíprocamente responsable en cada una de las esferas involucradas en la rehabilitación de la persona toxicómana.

b) *Análisis del artículo 93 bis*

Una vez expuestas las funciones del IRSE, la ponente examinó la eficacia de la remisión condicional reconocida para determinados drogodelincuentes en el artículo 93 bis del Código Penal. Puso en duda la *eficacia del precepto por la carencia de centros de tratamiento* para todos los toxicómanos que, en principio, encajan en los presupuestos del artículo 93 bis. La citada carencia no viene determinada por la inexistencia de centros asistenciales, sino más bien —dijo— por la situación marginal del *toxicómano que carece de las pautas informativas* necesarias para acceder a la oferta pública de tratamiento. Para ello debe tenerse en cuenta que la persona toxicómana muchas veces se encuentra acuciada por conflictos familiares, dificultades de acceso a una vivienda digna y falta de los recursos económicos necesarios para solucionar sus necesidades.

En consecuencia, la eficacia del artículo 93 bis exige, además de una flexibilización

de sus presupuestos de aplicación, la vigencia de una *política social que evite la marginación social del toxicómano* y permita su acceso a los centros públicos de tratamiento. El citado tratamiento debe ser individualizado en función de las características propias del toxicómano delincuente para lo que debe existir una *oferta plural de centros* ambulatorios y en régimen de comunidad. En todo caso, el IRSE propugna como pauta de actuación general el tratamiento en régimen abierto para posibilitar una asunción responsable por el toxicómano de su adicción a las drogas, evitando una decisión pragmática de acceder al tratamiento para evitar el ingreso en prisión.

5. En el posterior debate, D. J. Laguardia expuso la convicción en la existencia de una *infrautilización de los recursos terapéuticos* existentes por falta de estructuras intermedias, como equipos técnicos de apoyo, que posibiliten el acceso real del toxicómano a la oferta asistencial vigente. En el específico caso del toxicómano a la oferta asistencial vigente. En el específico caso del toxicómano condenado opinó que debe potenciarse el régimen abierto que permita la utilización de alternativas terapéuticas extrapenitenciarias coherentes con la finalidad resocializadora de la sanción penal, reconocida en el artículo 25 del texto constitucional.

Por su parte, el magistrado D. J. Giménez manifestó que las relaciones aparato judicial-servicios sociales deben vertebrarse configurando a los *servicios sociales* como *elementos de apoyo al órgano judicial* a través del ofrecimiento de alternativas reales al ingreso en prisión del drogodependiente. Pero el éxito de la citada relación se requiere una estructuración de los recursos terapéuticos existentes que permita el juez saber, en todo momento, la oferta asistencial existente, con independencia de su carácter público o privado reconocido.

Finalmente, D. J. L. Aguirre reafirmó que no existe una deficiencia de recursos, sino más bien una *falta de coordinación institucional* de los servicios judiciales, asistenciales y sociales. Por ello, antes de aumentar cuantitativamente los recursos debe conseguirse la plena funcionalidad de la oferta asistencial existente mediante la creación de un organismo centralizador de los medios disponibles.

V. CONCLUSIONES

Al final de las Jornadas se formularon una serie de conclusiones desde cada una de las perspectivas profesionales confluyen en el estudio de la problemática generada por el toxicómano condenado.

a) Conclusiones desde

«el planteamiento jurídico»

1. *El artículo 93 bis del Código Penal tiene escasa aplicación* debido, fundamentalmente, a dos razones básicas; en primer lugar, la remisión condicional se limita a penas privativas de libertad no superiores a dos años cuando, paralelamente, se incrementan notablemente las penas previstas, en el artículo 344, para el delito de tráfico de drogas; en segundo lugar, el legislador ignora la realidad criminológica de la delincuencia toxicómana al excluir del beneficio penal a personas reincidentes o que, con anterioridad, hayan disfrutado de la suspensión de la ejecución de la pena.
2. La *única alternativa* existente en el *Código Penal* para tratamiento del toxicómano condenado viene constituida por la *eximente completa o incompleta de enajenación mental*, siempre que concurren los requisitos bio-psicológicos propios de estas eximentes.
3. Debe resaltarse *la figura del médico*

forense como apoyo técnico imprescindible para el juez a la hora de valorar jurídicamente la toxicomanía de determinados sujetos iniciados en la criminalidad.

4. El sometimiento a un tratamiento de deshabitación descansa en *la libre voluntad de la persona toxicómana*, quien debe asumir de manera autónoma y reponsable la decisión de abandonar el consumo de sustancia, tóxicas.
5. *El tratamiento* en los centros terapéuticos (públicos o privados) debe estar *sujeto a un control judicial efectivo* como medio indispensable para su evaluación y garantizar la tutela de los derechos fundamentales de la persona toxicómana.
6. *Necesidad de potenciar el IRSE* como órgano de enlace entre los servicios judiciales, sociales y asistenciales, para lo que deben asignarse los medios personales y materiales, suficientes para el ejercicio digno de tan importante función.
7. Debe realizarse una *labor de conocimiento y aplicación de la Ley 15/1988 sobre Prevención, Asistencia y Reinserción en materia de drogodependencias*, como auténtico marco normativo donde se recogen las pautas generales de asistencia al toxicómano y el conjunto de derechos y deberes configuradores del estatuto jurídico del drogodependiente.
8. Es necesario potenciar una *investigación bidisciplinar* (jurídico-médica) sobre la responsabilidad penal del toxicodependiente, como medio imprescindible para lograr una valoración coordinada del delincuente toxicómano.

b) Conclusiones desde

«la perspectiva asistencial»

1. El principio rector en materia asistencial viene constituido por la *normaliza-*

ción en el tratamiento de las toxicodependencias a través de la utilización de los servicios asistenciales generales.

2. *Es imprescindible un planteamiento multidisciplinar para abordar la compleja problemática del toxicómano condenado, para lo que se propone la creación de una Comisión formada por representantes de Sanidad, Justicia y Servicio Sociales.*
3. *Como presupuesto básico para la eficacia de toda función asistencial debe realizarse una labor de pedagogía social en el seno de cada una de las instituciones públicas y en el propio colectivo social.*
4. *Debe posibilitarse el tratamiento en centros extrapenitenciarios para evitar que la rigidez del medio carcelario enerve la necesaria flexibilidad de todo proceso terapéutico.*
5. *La demanda de asistencia terapéutica debe estudiarse de manera profesionalizada a través de un examen individualizado de las variables personales, familiares y sociales que rodean a la persona toxicómana.*

c) *Conclusiones desde «la perspectiva social»*

1. *Los servicios sociales constituyen instrumentos de apoyo a la política asis-*

tencia y judicial que suministra los recursos complementarios necesarios para la eficacia de los programas elaborados a nivel asistencial y judicial.

2. *Es imprescindible la coordinación de las instituciones implicadas en el fenómeno de la toxicodependencia a un doble nivel: uno de responsables en la toma de decisiones y otro de niveles instrumentales para la resolución individualizada de los casos presentes en la vida diaria.*
3. *Los recursos existentes en materia de toxicomanía no deben reducirse a los terapéuticos, sino que deben englobar, de manera planificada, los recursos sociales, culturales, laborales y educativos.*
4. *Los programas que se elaboren deben ser multidisciplinarios y sujetos a una evaluación periódica de su eficacia realizada a nivel institucional y operativo.*

Como línea de reflexión común a todos los sectores profesionales se plasmó la necesidad de intensificar las relaciones entre los diversos colectivos (judicial, asistencial y social) como medio imprescindible para lograr una actuación multidisciplinar que diseñe las pautas de comportamiento en un problema tan complejo como la condena de una persona toxicómana.

Miscelánea

Estudio de viabilidad para la creación de un sistema de información técnica sobre prevención del uso de drogas: resultados preliminares

1. Contexto de partida.

EN el Estado español, las actividades de prevención del uso indebido de drogas dependieron, inicialmente —finales de los años 70— de la motivación, comprensión del problema y dedicación de equipos y colectivos aislados, que desde distintos ámbitos y con escasos recursos, se enfrentaron a importantes dificultades para desarrollar programas estables y técnicamente eficaces. Diez años después, y de acuerdo a las prioridades señaladas por las instituciones integradas en el Plan Nacional sobre Drogas, se entiende que dos de los objetivos que han de orientar todas las actuaciones en el ámbito de las drogodependencias en nuestro país deben ser: a) mejorar la calidad de las intervenciones y b) dar una respuesta más adecuada a las nuevas necesidades emergentes. Estos objetivos son, por consiguiente, también válidos en el ámbito de la prevención.

En la actualidad la prevención empieza a ser reconocida como una necesidad ineludible y prioritaria, y está siendo formalmente asumida desde los distintos niveles de responsabilidad política y administrativa. Esta situación puede facilitar —de acuerdo a los dos objetivos señalados— el avance en la consecución de los grandes retos que los programas preventivos tienen planteados.

En este marco, la existencia de un Sistema de Información Técnica sobre Prevención del Uso Indebido de Drogas vendría a

cubrir una de las carencias reiteradamente expresadas por instituciones, profesionales y voluntarios dedicados a las tareas preventivas: la necesidad de disponer de un mecanismo operativo capaz de proporcionar información técnica precisa para facilitar las tareas de cada equipo, así como para agilizar el intercambio de la información y la coordinación de esfuerzos. Para poner en marcha un sistema de información que responda a tales necesidades, se ha realizado un estudio de viabilidad que a continuación se resume.

2. Objetivos del sistema

La disponibilidad de un sistema de información técnica sobre programas preventivos, debería facilitar el trabajo en este ámbito a los usuarios del mismo, y es de esperar que en consecuencia sirviera para optimizar los resultados de actuaciones racionalmente planificadas, así como para orientar la investigación en el ámbito de la prevención del uso indebido de drogas. En concreto, los objetivos del sistema son:

- 1.º Facilitar la comunicación y el intercambio de contenidos técnicos entre personas e instituciones que desde distintos sectores sociales dedican sus esfuerzos al desarrollo de programas tendentes a la disminución de la demanda de drogas y a la prevención del uso indebido de las mismas.
- 2.º Asegurar la amplia difusión del tra-

bajo desarrollado por cada equipo voluntariamente adscrito.

- 3.º Articular un mecanismo capaz de proporcionar información sobre programas similares o complementarios desarrollados en nuestro país, así como de los recursos —humanos y materiales— a ellos vinculados.
- 4.º Contribuir a la mejora de coordinación entre programas.
- 5.º Ofrecer un recurso gratuito capaz de proporcionar documentación científica nacional e internacional sobre aquellas experiencias que aportan nuevos elementos de reflexión en este ámbito.
- 6.º Colaborar —mediante la información almacenada— al desarrollo de la investigación en programas preventivos.

104

3. Estudio de viabilidad

La puesta en marcha de un sistema de información capaz de responder a los objetivos anteriormente señalados, conlleva la necesidad de verificar previamente el grado de pertinencia de dicho sistema, así como de ajustar al máximo las prestaciones ofrecidas al tipo de necesidades reales de los profesionales y equipos potencialmente beneficiarios del sistema. Así, el proyecto se estructuró de acuerdo a tres fases definidas: 1) diseño y pilotaje, 2) generalización, 3) implantación y desarrollo.

3.1. *Diseño y pilotaje*

En esta primera fase se realizó el diseño y la discusión tanto del proyecto en su globalidad como de los instrumentos a utilizar para la recogida de la información que constituirá la base de datos del sistema (cuestionarios piloto). Para ello se pidió

la participación de equipos con experiencia consolidada en trabajos de prevención. Por «equipos con experiencia consolidada» se consideraron aquellos cuyos responsables contasen con un mínimo de cinco años de trabajo continuado en este ámbito en nuestro país. A partir de este criterio fueron seleccionados 20 equipos con cuya colaboración se obtuvo:

- 1) el diseño y puesta en marcha de la base de datos.
- 2) la versión definitiva de los cuestionarios: uno referido al centro que informa y otro referido al programa (o programas) que cada equipo quiera dar a conocer. Los cuestionarios incluyen la siguiente información:
 - a) *el cuestionario sobre el centro* recoge información respecto a: tipo de centro, financiación, tipo de actividades que realiza en conjunto y personas que trabajan en el mismo.
 - b) *el cuestionario sobre el programa* recoge datos sobre: tipo de programa, objetivos, ámbito de aplicación, población diana, actividades que integran el programa, resumen general, evaluación y resultados.
- 3) La propuesta de un nombre breve y un logotipo, propios para el sistema y capaces de facilitar la identificación del mismo entre los usuarios y en los centros de documentación nacionales e internacionales. El nombre finalmente elegido fue el de *IDEA-Prevención*.
- 4) La propuesta de elaboración de un tríptico informativo para ser utilizado durante la fase de generalización, mediante el cual, dar a conocer los objetivos del sistema así como su forma de funcionamiento.

3.2. *Generalización*

Actualmente, durante la segunda fase del proyecto, se han editado los materiales

propuestos durante la fase piloto (cuestionarios definitivos y folleto informativo), y se está elaborando un listado de potenciales usuarios de la red, entre los cuales se ha iniciado ya la difusión de los materiales elaborados. Se están identificando igualmente, distintos medios de información especializada, a través de los cuales se pueda difundir la existencia de *IDEA-Prevención*. Paralelamente se ha iniciado la edición del boletín n.º «0».

3.2.1. Actividades: Boletín informativo.

La principal prestación a los usuarios de *IDEA-Prevención* consiste en la elaboración de un boletín periódico a través del cual difundir la información recopilada. En este primer año del proyecto (estudio de la viabilidad sobre la creación del sistema de información) se prevé la edición del n.º «0» del boletín informativo con la información recibida de los 20 equipos contactados durante la fase piloto. Además, teniendo en cuenta la difusión que un boletín de este tipo puede alcanzar en un ámbito tan especializado como la prevención del uso indebido de drogas, parece interesante incluir en el boletín, una vez el sistema de información quede implantado de forma estable, otro tipo de información que pueda ser de utilidad para el usuario del sistema.

Así, otros apartados del boletín recogerán datos prácticos (reseñas de libros, listados de recursos, direcciones de utilidad, etc.). Se incluirán igualmente referencias sobre avances internacionales en el ámbito preventivo, ya que fuera de nuestro país los estudios evaluados sobre el impacto de programas preventivos, se iniciaron hace más de veinte años, y desde entonces se ha ido avanzando hacia la identificación de elementos y estrategias tendentes a la consecución de cambios significativos en la demanda de drogas. Existen en la literatura internacional resultados espe-

ranzadores vinculados a distintos programas (comunitarios, de educación escolar integral, de entrenamiento en habilidades para la vida, de promoción de la salud, de coordinación multisectorial, etc.) cuyo conocimiento puede aportar información relevante a los equipos que trabajan en nuestro país y que frecuentemente, no disponen de los recursos necesarios para acceder directamente a los canales de información internacional.

4. Resultados de la fase piloto

Los resultados obtenidos durante la fase piloto del proyecto, si bien no son representativos de lo que se está haciendo en nuestro país en el ámbito de la prevención del uso indebido de drogas, son una aproximación al conocimiento de las características principales de los programas llevados a cabo por equipos con una experiencia mínima de 5 años en este tema.

Los resultados de un primer análisis se resumen en:

- a) *La participación* del 100% de los equipos contactados. El número total de programas descritos fue de 45.
- b) *Características de los Centros responsables* de los programas de prevención participantes en la fase piloto: La mayor parte de los centros participantes son Centros Municipales (9), seguidos en orden de frecuencia por Centros Sanitarios (3), Departamentos Ministeriales (3), Organizaciones No Lucrativas (2), Consejerías de Sanidad (1), Centros Universitarios (1), y Empresas (1). En su mayoría, están financiados por la Administración Pública, ya sea Central, Autonómica o Local; un Centro cuenta con financiación mixta, pública y privada, y otro

Centro está enteramente financiado por el sector privado.

- c) *Las características de los programas realizados por los equipos participantes se resumen en: de los 45 programas recibidos, la mayoría son educativos, informativos y de divulgación. Son programas realizados principalmente en el ámbito municipal y provincial, dirigidos en su mayor parte a profesionales de la educación, padres/familia y jóvenes/adolescentes. De ellos, 37 están integrados por actividades continuadas en el tiempo o se repiten periódicamente, el resto son programas puntuales surgidos de situaciones o demandas concretas con un calendario establecido (fecha de inicio y fecha de finalización). El 69% del total han realizado o preveen realizar algún tipo de evaluación, disponiendo de recursos para realizarla*

te y su funcionamiento resulta de interés para los profesionales y equipos que trabajan en el ámbito de la prevención del uso indebido de drogas. Pero al inicio de la fase de generalización, aparte de esta evaluación estrictamente cuantitativa de las respuestas, parece relevante señalar las valoraciones cualitativas expresadas por los equipos que han colaborado durante la fase piloto. Todos ellos han considerado la existencia de un sistema de información especializado en aspectos preventivos, como un recurso necesario y respecto al cual existía un vacío hasta ahora. Asimismo, los profesionales contactados consideran que el sistema puede resultar beneficioso tanto para equipos cuya actividad en este campo sea suficientemente sólida y acreditada para difundir e intercambiar experiencias entre ellos, como para equipos cuyo trabajo no goza aún de suficiente estabilidad y acreditación técnicas, ya que son los equipos que están comenzando a trabajar (es decir, desconocidos), los que probablemente más necesiten y puedan beneficiarse de la información que la red les proporcione.

106

5. **Discusión**

El hecho de que el 100% de los equipos contactados hayan respondido y colaborado positivamente durante la fase piloto, parece ser un primer indicio de que la puesta en marcha del sistema es pertinen-

Teresa Salvador Livina
Lucía Mendoza Rivera

Grupo de trabajo sobre «Drogodependencias»: Conclusiones y propuestas

Consejo Municipal de Bienestar Social

Barcelona, diciembre 1988 - junio 1989

1. INTRODUCCION

EL Consumo y el tráfico de drogas provoca una gran alarma social, tanto por el efecto mismo de las drogas sobre la forma de vida de las personas y su entorno, como por las consecuencias que provoca su tráfico ilegal para el conjunto de la sociedad.

Para afrontar el problema son necesarias la colaboración y la participación de todos los estamentos sociales, desde las diversas Administraciones hasta las entidades ciudadanas y asociaciones de voluntariado que actúan en el campo de las drogodependencias.

Desde este planteamiento se constituye el Grupo de Trabajo sobre Drogodependencias en el seno del Consejo Municipal de Bienestar Social del Ayuntamiento de Barcelona, coordinado por la Directora de Asuntos Sociales y Juventud, Ilma. Sra. Francesca Masgoret y formado por personas propuestas por instituciones y entidades miembros del Consejo, responsables y colaboradores del Plan Municipal de actuación sobre Drogodependencias y representantes de entidades ciudadanas especializadas en este tema.

El objetivo de este Grupo de Trabajo es llevar a cabo una reflexión y un análisis que aportando elementos válidos para enriquecer y avanzar en la intervención municipal en este campo.

La metodología de trabajo es el seguimiento del Plan de Acción Municipal y el desarrollo de sus líneas directrices. Estas líneas de trabajo, aprobadas por unanimidad en el Consejo Plenario del Ayuntamiento son:

- a) Prevención.
- b) Asistencia y reinserción.
- c) Disuasión y represión.

Finalmente, y como elemento que incide en el desarrollo de cualquier trabajo en drogodependencias, se propone abordar el papel de las asociaciones ciudadanas y del voluntariado en torno a los tres ejes citados con anterioridad.

2. PREVENCIÓN

El Grupo de Trabajo considera de la máxima importancia las actuaciones en el campo de la prevención, y cree necesario superar la clasificación de específica e inespecífica a la hora de hablar de prevención y de las distintas metodologías con las que es preciso trabajar e incidir en este campo.

Aquellas actuaciones que no tienen por objeto específico la prevención de las drogodependencias aun cuando puedan tener incidencia en este campo, entrarían dentro del campo de la dinamización social.

Tanto la una como la otra deben estar lo más cerca posible de los destinatarios, por este motivo se considera el Distrito como la unidad básica de intervención dentro del ámbito preventivo, y siendo dentro de éste, el barrio el núcleo que permite concretar las diferentes situaciones, sin olvidar que existen acciones clave que convierten el municipio en la unidad básica como, por ejemplo, las propuestas de intervención a nivel de normativas municipales.

Esta aproximación debe traducirse en una estrecha colaboración entre la Administración y las entidades ciudadanas. El papel de la Administración es el de garantizar la dotación de recursos y posibilitar su utilización, asegurando al mismo tiempo la continuidad de las acciones preventivas a medio y largo plazo. En este sentido y como complemento a estas actuaciones de tipo más global, es necesario ofrecer un soporte a los distritos para actuaciones más específicas dirigidas a zonas o grupos de personas en situaciones de riesgo.

El grupo considera la educación para la salud como un elemento básico para la prevención, no solamente en el ámbito escolar, sino también para la población en general.

Se considera la información y su utilización como un instrumento de ayuda importante que debe dirigirse, tanto a los individuos en situación de riesgo, como a las familias y a la población en general.

Se constatan las dificultades que existen para la sensibilización sobre este asunto y se pone especial relieve en los padres como colectivo: sobre todo en los padres con déficits socio-culturales más importantes, ya que éstos tienen más dificultades para participar. Dentro de este contexto, se ha de tender asimismo a lograr una mayor sensibilización social basada en la solidaridad como alternativa a la búsqueda, a veces egoísta, de la pro-

pia seguridad. Es necesario cambiar la cultura de la droga y huir de las imágenes catastrofistas y criminalizadoras.

Entre las actuaciones específicas, el grupo insiste entre otros aspectos en la formación de los colectivos de profesionales de intervención social.

La escuela, a partir del Programa de Salud en la Escuela debe constituir otro eje prioritario, además de otros que se consideren convenientes.

También en relación con los jóvenes, el Grupo de Trabajo manifiesta su preocupación por el creciente consumo de alcohol y el papel de la publicidad y sus medios de comunicación, sobre todo la televisión, en la incitación al consumo del alcohol y tabaco.

Sugerencias y recomendaciones

- 1) La información es uno de los elementos a tener en cuenta en las acciones preventivas. En este sentido se valorará el trabajo realizado en relación a la información sobre recursos. Es necesario seguir la tarea comenzada, ampliando esta información a otros mensajes preventivos dentro de actuaciones enmarcadas en programas de intervención. Estos mensajes han de adecuarse a las características de la población a la que van dirigidos.
- 2) El Plan Municipal y los distritos han comenzado a estudiar en cada distrito y según sus necesidades, la conveniencia o no de la figura del técnico en prevención, como dinamizador de las actuaciones preventivas en el marco de los Servicios Personales. Es necesario tener en cuenta en este sentido, que esta figura no se debe

- convertir en el contenedor de todo cuanto hace referencia al problema de las drogodependencias, sino que su tarea ha de ser vista como una actuación impulsadora dentro de los Servicios Personales del Distrito, interrelacionada con el resto de los profesionales que colaboran de forma directa o indirecta.
- 3) Es necesario identificar las zonas y barrios con más déficits y, por tanto, con más riesgo, o zonas con situaciones concretas en las cuales sea necesario un proyecto específico. En esta línea, es necesario diseñar proyectos con objetivos estimables desde una perspectiva de prevención de las drogodependencias.
 - 4) Se considera necesario continuar la tarea de sensibilización y educación de la población, y se hace una especial mención de los padres con niveles socioculturales bajos. Esta sensibilización ha de ir en una línea desdramatizadora, no criminalizadora y huyendo de imágenes catastrofistas.
 - 5) Es necesario intensificar las actuaciones preventivas en las escuelas y aplicar el programa de educación para la salud en la escuela, convenientemente actualizado. Dentro del marco de actuación escolar, se habría de considerar en el marco las negociaciones con la Generalitat de Cataluña, la conveniencia de llegar a acuerdos, tanto para la citada actualización, como para el desarrollo de materiales complementarios, y asegurar el asesoramiento técnico como educadores a fin de facilitar la aplicación del mencionado programa.
 - 6) Es necesario asegurar la formación y reciclaje de los profesionales de intervención social en la problemática específica de la drogodependencia.
 - 7) Se deben utilizar eficazmente los medios de comunicación social en las campañas de prevención. En este sentido, la colaboración de empresas privadas en campañas institucionales puede ser una propuesta a estudiar. Al mismo tiempo, se considera conveniente continuar manteniendo intercambios entre los profesionales del campo de las drogodependencias y de los medios de comunicación, a fin de profundizar en el papel que tienen en la configuración del problema.
Es conveniente, asimismo, el cumplimiento de la legislación vigente sobre publicidad en los diferentes medios de comunicación social.
Dentro del marco de la publicidad, sería interesante poner en marcha líneas de trabajo tendentes a su limitación, sobre todo cuando vaya ligada a actividades como, por ejemplo, el deporte. En este sentido debería procurarse que los equipos deportivos no realicen publicidad, y que no la haya en grandes acontecimientos deportivos.
 - 8) Se ha de insistir y garantizar el cumplimiento estricto de las actuales leyes sobre la prohibición de venta de alcohol y tabaco a menores de 16 años y se sugiere que se eleve la edad mínima por encima de los 16 años.
 - 9) Se debería aumentar la difusión del servicio telefónico de información y asesoramiento permanente existente y conseguir su gratuidad.
 - 10) Es necesario estudiar actividades con objetivo sensibilizador (reuniones de asociaciones de vecinos, encuentros de padres, etc.), pero procurando que éstas no provoquen un alarmismo que podría ser contraproducente.

En relación con el núcleo familiar, se recomienda garantizar el apoyo a las familias cuando tienen algún miembro toxicómano. Este apoyo ha de darse, tanto si el toxicómano lo pide, como si no, dado que el núcleo familiar padece una situación muy compleja.

- 11) Continuar trabajando con programas de prevención y de información del SIDA, como se ha hecho con otros países, dado que el colectivo de más alto riesgo de contagio es el de los toxicómanos.

3. ASISTENCIA Y REINSERCION

En el transcurso de las discusiones, el Grupo de Trabajo ha llegado a la conclusión de que la asistencia ha de ser flexible e integral, de manera que llegue a todos los colectivos con problemas de drogodependencias, y que sea capaz de atender, de forma específica, todas y cada una de las demandas derivadas de su situación, en particular, y de las patologías orgánicas asociadas a la misma.

Desde esta doble perspectiva el Grupo de Trabajo muestra su preocupación, porque a pesar de que los recursos asistenciales de la ciudad de Barcelona pueden considerarse suficientes (de acuerdo con las conclusiones del Grupo de Drogodependencias del Ayuntamiento de Barcelona), se detecta la existencia de demanda no atendida en diversos aspectos; es necesario realizar un esfuerzo de adecuación entre la demanda y la oferta asistencial y reforzar aquellos puntos de la red socio-sanitaria donde se detecten más deficiencias.

En relación con la asistencia hospitalaria, se señalan también las dificultades que existen para que los pacientes drogodependientes con enfermedades orgánicas

como el SIDA, hepatitis, tuberculosis, etc., sigan atendidos.

En relación con estos problemas, el Grupo de Trabajo está de acuerdo con las gestiones que se están haciendo con la Generalitat, a fin de que todos los hospitales acepten pacientes drogodependientes, el tratamiento de los cuales deberá incluir pruebas y servicios especializados.

Es necesario avanzar en la línea de trabajo de atención integral que permita la reinserción en el propio entorno, en el medio urbano. La administración municipal hará los esfuerzos necesarios. En este sentido el Grupo recibirá información sobre la valoración técnica que se está llevando a cabo sobre el proyecto del Centro de Acogida Permanente.

Dentro de esta línea de refuerzo de la reinserción en el medio urbano, se considera necesario complementar los recursos existentes con un centro de día.

El Grupo ha analizado la situación de la población drogodependiente con problemas legales o que cumplen condena en establecimientos penitenciarios; es necesario evitar que las dificultades para la aplicación de las medidas de tratamiento sustitutorio previstas en el artículo 93 bis de la Ley 1/88 de reforma legislativa del Código Penal, así como las medidas previstas en los artículos 8.1, 9.1 y el mismo artículo 93, se transformen en una nueva penalización: la reclusión en una comunidad cerrada. Ha de ser el terapeuta encargado del tratamiento el que decida la modalidad de ésta en función de cada caso en particular. Se hace constar también la preocupación por la salud de la población penitenciaria, ya que la situación actual de las personas no permite garantizarla. Se demanda, igualmente, una profundización en la coordinación iniciada con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y Rehabilitación a fin de

facilitar la aplicación del artículo 57.1 del Reglamento Penitenciario que permita la atención del drogodependiente en programas extrapenitenciarios.

La flexibilización asistencial ha de permitir incluir en los programas asistenciales a las personas drogodependientes que no demanden de forma explícita abandonar su adicción, teniendo en cuenta que la prioridad en los objetivos de los mencionados programas, según la OMS, ha de ser la siguiente:

1.º, que los afectados no mueran; 2.º, que no contraigan más enfermedades y 3.º, que abandonen su adicción. En este sentido, y sin olvidar este último objetivo, se debe hacer un esfuerzo para mejorar las condiciones higiénicas y sanitarias de los adictos mientras dure su proceso de dependencia.

En cuanto a los programas con metadona u otras sustancias farmacológicas, que puedan ser útiles y formen parte de la estrategia para conseguir una calidad de vida aceptable para el toxicómano mientras no decida iniciar un tratamiento, su utilización corresponde al ámbito de decisión terapéutica.

El Grupo de Trabajo considera también que son los sectores de población con mayor riesgo los que habitualmente están peor informados y que esta situación ha de ser corregida con programas especiales de información dirigidos a estos colectivos. Por ello es necesario tener conocimiento de dónde se encuentran estos grupos y en este sentido se propone la realización de un «Mapa de la Droga» que sitúe estos colectivos en nuestra ciudad.

Por último, demanda que se realicen las investigaciones necesarias que permitan conocer las causas del incremento de las muertes por sobredosis de droga y decidir las medidas a tomar.

Sugerencias y recomendaciones

- 1) Se considera necesario abrir la ventana de la respuesta asistencial, teniendo presente que ante este problema no existe una única respuesta, siendo, además, válidos y necesarios programas de agonistas y antagonistas y otros que, aunque no se ajusten al modelo médico, son indispensables a fin de garantizar un óptimo proceso de reinserción.
- 2) En cuanto a la flexibilización asistencial, se propone que se elaboren y definan nuevas estrategias, tanto para llegar a los toxicómanos que no presentan demanda explícita para dejar el consumo, como para aumentar el índice de retención de los que contactan con sus servicios especializados y con la red de atención primaria.
- 3) Sería conveniente estudiar las estrategias a fin de incrementar el número de personas que se ponen en contacto con los centros de atención primaria y con los centros especializados.
- 4) Es necesario intensificar la coordinación entre las diversas instituciones, especialmente entre Ayuntamiento y Generalitat para asegurar la flexibilización dentro de una atención integral.
- 5) Es necesario también facilitar encuentros de profesionales a fin de conseguir la máxima unificación de criterios.
- 6) Se ha de continuar trabajando para mejorar y ampliar el modelo de tratamiento para la rehabilitación en el medio urbano.
- 7) Dentro de los esfuerzos de coordinación e información, es necesario intensificar las tareas de adecuación del modelo informático de los centros.

- 8) Dentro del marco de la coordinación apuntado en el apartado 4 de este mismo apartado, se considera conveniente concretar, por lo que se refiere a la asistencia a personas con problemas judiciales, que a partir de la Dirección General de Servicios Penitenciarios y Rehabilitación, Consejería de Bienestar Social, los Juzgados, la Fiscalía de Barcelona, el Plan de Drogas de la Generalitat de Cataluña, el Plan Municipal de Acción sobre las Drogodependencias y el Area de Asuntos Sociales y Juventud (Servicio de Reinserción-Programa de Drogas), se habría de concretar, cara a los internos de las prisiones de Barcelona, una oferta de atención a aquéllos que voluntariamente demanden asistencia y tratamiento de su toxicomanía.
- 9) Dentro de un marco de discusión y reflexión sobre la tendencia hacia un modelo especializado de atención al drogodependiente y una apuesta menor para un modelo más universalizado de atención, es necesario insistir en la utilización de la red de servicios no específicos. En este sentido, y dentro de las gestiones que se están llevando a cabo en unión de la Generalitat, es necesario poner de relieve este aspecto y llegar a acuerdos concretos.

- Recogida de información a partir de la presencia en la calle de la Guardia Urbana.
- Actuaciones de tipo disuasorio de la política municipal con especial atención en lugares frecuentados por jóvenes.
- Vigilancia de bares y locales conflictivos.
- Coordinación policial.
- Apoyo a proyectos específicos en zonas o grupos concretos.
- Estudio y análisis de la situación desde la perspectiva de la seguridad ciudadana.

Para aumentar la eficacia de estas líneas de actuación, el grupo considera conveniente que haya denuncias concretas de las actuaciones delictivas de las que se tenga conocimiento. Por ello es necesario que cambie la percepción de la «denuncia» como algo negativo y pase a verse como un acto de solidaridad para con el resto de la comunidad.

Simultáneamente se deben dar soluciones que faciliten el ejercicio de la denuncia de actos delictivos: agilización de los trámites, garantías de anonimato en los casos que existe miedo a represalias, etc...

En este sentido se considera conveniente la instalación de teléfonos especiales, como el que funciona en Ciutat Vella, o canalizar las denuncias a través de los responsables de los Consejos de Prevención y Seguridad del Distrito o de Asociaciones o Entidades Cívicas, como las asociaciones de vecinos o Llevant.

4. DISUASION Y REPRESION DEL TRAFICO DE DROGAS

El Grupo de Trabajo ha analizado en profundidad las líneas de intervención municipal, teniendo en cuenta las limitadas competencias del Ayuntamiento en este área de trabajo.

Esta intervención municipal centra sus esfuerzos en:

El Grupo también ha analizado el asunto de los mercados de objetos robados y considera necesaria una doble campaña para su persecución y erradicación, así como para sensibilizar a la población de la complicidad que representa el hecho de comprarlos. También cree necesario establecer mecanismos de control de los negocios de compra-venta.

Finalmente se hace un análisis de las deficiencias de los aparatos judicial y policial, y se invita a su subsanación.

En cualquier caso, la formulación de estas deficiencias reconocidas no debe ser una excusa para la desmovilización en la represión de las actividades delictivas relacionadas con el tráfico de drogas. El Grupo de Trabajo considera necesario tener muy en cuenta el marco legal, que establece una clara diferencia entre el traficante y consumidor.

Sugerencias y recomendaciones

- 1) Se ha de facilitar el ejercicio de la denuncia de actividades delictivas relacionadas con el tráfico de drogas como un acto solidario en defensa de la comunidad.
- 2) Es necesario emprender acciones tendentes a la erradicación de los mercados de objetos robados y para sensibilizar a la población sobre el significado de comprarlos.
- 3) Se han de establecer mecanismos de coordinación y agilización del aparato judicial y policial.
- 4) También en este apartado se recuerda la necesidad de extremar la vigilancia, al objeto de que se cumpla la Ley sobre venta de alcohol a menores de 16 años.
- 5) A fin de iniciar un proceso que permita ir eliminando el riesgo de criminalización que padecen los adictos, al ser identificados como traficantes, se proponen encuentros de actualización que pongan en contacto a funcionarios policiales (especialmente Guardia Urbana, por razones de competencia municipal), jueces y técnicos en drogodependencias.

- 6) Se propone que a partir del resultado del estudio del teléfono anónimo de Ciutat Vella y si éste da resultados positivos, se generalice esta experiencia al resto de los distritos.

5. PAPEL DE LAS ENTIDADES CIUDADANAS Y DEL VOLUNTARIADO

En las discusiones se debe constatar el importante papel que las diversas entidades ciudadanas y asociaciones de voluntariado tienen en el campo de las drogodependencias.

Por una parte, y como rezan los Estatutos del Consejo de Bienestar Social, han de llevar a cabo un seguimiento crítico y activo de las actuaciones de la Administración, en este caso del Plan Municipal de Actuación sobre Drogodependencias.

De otra parte, han de participar activamente mediante actuaciones propias complementarias a las de la Administración y, en colaboración con ésta, conseguir objetivos comunes. De acuerdo con ello, el Grupo de Trabajo encuentra positiva la oferta del PMAD para ofrecer apoyo y financiar las actuaciones de las actividades ciudadanas y del voluntariado que se consideren de interés.

Sugerencias y recomendaciones

- 1) Se debe continuar trabajando en el fomento del voluntariado y su implicación en la resolución del problema.
- 2) Se considera positivo que las asociaciones y entidades ciudadanas coordinen sus esfuerzos y se les anime a aumentar y consolidar esta relación.

Notas bibliográficas

Cuadernos «Proyecto Hombre» (números 1, 2, 3, 4)

Confederación de Programas Terapéuticos «Proyecto Hombre». Madrid, 1989
(Información y suscripciones: C/Martín de los Heros, 68. 28028 MADRID).

«**P**ROYECTO Hombre» es el programa de rehabilitación de toxicómanos del Centro Español de Solidaridad. Nacido en Italia hace alrededor de veinte años, «Proyecto Hombre» ha traspasado sus primitivas fronteras y desde hace varios años funciona en España, en donde día a día va consolidando su actuación.

La actividad desarrollada por los diferentes Programas que constituyen la Confederación de Programas Terapéutico-Educativos «Proyecto Hombre» viene plasmándose en diferentes publicaciones (Memorias, Informes, etc.), a las que se suman estos cuadernillos de los que hasta la fecha se han publicado cuatro a lo largo de los meses de mayo, junio, julio y noviembre.

El primero de ellos se refiere a la *metadona*, sustancia que es utilizada en algunos programas de desintoxicación de heroína y sobre la que existe una abundante literatura, polemizando en torno a sus pros y sus contras. En esta publicación se recogen tres artículos, aparecidos anteriormente en la revista italiana *Il Delfino*, en los que se analiza la historia de esta sustancia, se expone su utilización en Italia y Estados Unidos y se debate sobre las ventajas e inconvenientes de su utilización. En suma, se trata de una primera aproximación que resulta útil y didáctica y que puede servir de introducción a todos aquellos que desean documentarse sobre una sustancia de la que se habla, en gran medida, sin el adecuado conocimiento.

Los números 2 y 3 tratan del propio «Proyecto Hombre», concebido como una asociación de voluntarios, y cuya relación con las instituciones no se plantea en tér-

minos de lo «privado» contrapuesto a lo «público», sino como una «iniciativa “privada social” que ofrece el servicio allí donde el Estado no puede; propone modelos y proyectos allí donde el Estado no sabe; vigila y denuncia cuando el Estado no quiere; desarrolla funciones de utilidad social y genera solidaridad». Se expone el ideario de la entidad en relación con el toxicómano, la familia, los monitores que trabajan en los Centros, etc.

La articulación del «Proyecto Hombre» se efectúa a través de tres ejes: un programa terapéutico de rehabilitación del toxicodependiente, una escuela de formación profesional para operadores y una acción preventiva y de información. La descripción del programa terapéutico viene expuesta con gran claridad en el cuaderno número 3, al tiempo que se analizan los principios y fundamentos en que se sustenta dicho programa.

Por último, el número 4 recoge una traducción y adaptación de varios artículos aparecidos en el volumen XIV, número 1 (73) (año 1989) de *Il Delfino* relativos al tema de la prevención en la escuela, analizando algunas experiencias llevadas a cabo en varios países y proponiendo diferentes actividades para desarrollar en la escuela en relación con esta materia.

Pese a la modestia con que estos cuadernos se han presentado, estamos convencidos de su absoluta utilidad para todos aquellos que desarrollen su trabajo en el mundo de las drogodependencias, y en general, para los que de un modo u otro (padres, educadores, animadores juveniles) se relacionan en su vida diaria con los jóvenes.

Francisco Rábago

Boletín IDEA-PREVENCIÓN, n.º «0». Enero 1990

Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS)
(Correspondencia y suscripciones: Apartado de Correos 7113. 28080 Madrid).

ESTE Boletín es la principal prestación que ofrece el *Sistema de Información Técnica sobre el Uso Indebido de Drogas: IDEA-Prevención*. Es una publicación gratuita distribuida entre todos los profesionales y/o equipos que voluntariamente se adscriben a esta red informativa. Además, el *Boletín IDEA-Prevención* es el recurso básico de que dispone el sistema para alcanzar sus objetivos: proporcionar información técnica y poner en comunicación a profesionales y equipos dedicados a tareas preventivas.

El número «0» del *Boletín IDEA-Prevención* presenta una serie de programas preventivos recopilados durante la realización de un estudio de viabilidad referido al *Sistema de Información Técnica sobre Prevención del Uso Indebido de Drogas*. Cada programa publicado viene encabezado por el nombre y la dirección del centro o institución directamente responsable de su desarrollo. Los centros se listan bajo el epígrafe de la Comunidad Autónoma donde se hallan ubicados, si bien ello no implica necesariamente la existencia de algún tipo de vínculo o dependencia respecto a la Administración Autónoma, los nombres de los centros referenciados se hallan situados por orden alfabético. Los programas cuyo desarrollo depende directamente de la Administración del Estado, se incluyen bajo el título de Administración Central.

Para facilitar la identificación de los programas de acuerdo a su ámbito temático, el *Boletín IDEA-Prevención* dispone en sus páginas finales de un índice temático, seguido de un índice por centros. Ambos índices resultan de gran utilidad práctica para el lector/a interesados en localizar iniciativas concretas dentro del amplio abani-

co de programas preventivos que se resumen en el Boletín.

Con el fin de simplificar al máximo los contactos y/o intercambios entre personas/equipos interesados en trabajos afines o complementarios, el *Boletín IDEA-Prevención* describe las características esenciales de cada programa, publica el resumen de los resultados obtenidos —en el caso de que el programa disponga de evaluación— y facilita el nombre y el teléfono de la persona contacto.

A continuación de los resúmenes referidos a los programas desarrollados en nuestro país y recibidos en la red, el *Boletín IDEA-Prevención* recoge otras informaciones prácticas relacionadas con el desarrollo de programas para la prevención del uso indebido de drogas, así como contenidos técnicos de utilidad para intentar colaborar en la mejora de los resultados obtenidos por los distintos programas. Así, el Boletín incluye además las secciones de *A modo de revisión* y *Páginas amarillas*.

La sección *A modo de revisión* está dedicada a revisiones teóricas que pretenden contribuir a la mejora del diseño y desarrollo de programas preventivos. En cada número del Boletín se tratará un tema de forma monográfica, se publicarán resúmenes o revisiones relevantes a él referidos y se ofrecerán sugerencias bibliográficas. Según el equipo responsable del Boletín, este número «0» pretende ser un estímulo a la participación de todos los grupos y equipos que en nuestro país trabajan en tareas preventivas. Esta sección se ha iniciado, por razones de utilidad para el mismo Boletín, proporcionando información básica sobre cómo describir una experiencia.

La sección *Páginas amarillas* pretende ser una tribuna abierta que contribuya a difundir la existencia de nuevos recursos que vayan apareciendo (centros de documentación, guías didácticas, fichas de actividades, libros, materiales audiovisuales, materiales de animación, tecnología aplicada a la prevención, sistemas de información técnica complementarios a *IDEA-Prevención*, etc.).

En este primer número, las *Páginas amarillas* se abren incluyendo publicaciones y recursos nuevos, y otros ya conocidos, pero aún vigentes, de los que se ha tenido conocimiento durante la realización del estudio de viabilidad. Se encuentran listados de acuerdo a distintos apartados: a) Estudios publicados; b) Libros de deba-

te; c) Materiales y recursos, y d) Otros sistemas de información técnica. Dentro de cada apartado, los distintos recursos se presentan por orden alfabético.

Finalmente, el Boletín concluye con un anexo donde se explica cómo funciona la red *IDEA-Prevención* y cómo adscribirse a ella mediante la cumplimentación de dos cuestionarios incluidos en dicho anexo.

En resumen, con este número «0» nace en nuestro país, y en lengua castellana, un recurso operativo de inestimable valor para aquellos equipos y profesionales que, desde distintos ámbitos comunitarios y profesionales, dedican sus esfuerzos a la reducción de la demanda de drogas.

Rosa López Gigos

Escriben en este número

JAIME FUNES ARTIAGA: Psicólogo y periodista. Desde 1975 es miembro del Equipo Psicopedagógico del Ayuntamiento de Cornellá (Barcelona). Es especialista en temas de educación y de atención a los conflictos sociales en la adolescencia. Ha escrito, entre otros, los libros *Les conductes socialment problemàtiques dels joves de Barcelona* (Ayuntamiento de Barcelona, 1984), *La nueva delincuencia infantil y juvenil* (Paidós, 1985), *Dejar la heroína* (Cruz Roja, 1985), *Incorporarse a la sociedad* (Cruz Roja, 1989) y *Repensar las drogas* (Grupo IGIA, 1989). Actualmente es profesor investigador del Centro de Estudios y Formación del Departamento de Justicia de la Generalidad de Cataluña.

JOSE R. VARO: Licenciado en Medicina (Universidad de Navarra). Doctor en Medicina (Universidad Autónoma de Madrid). Especialista en Psiquiatría. Psiquiatra (Jefe de Servicio), Dirección de Salud Mental Centro de Salud Mental II-B, Gobierno de Navarra. Coordinador Técnico del Plan sobre Alcoholismo y Toxicomanías del Gobierno de Navarra.

FRANCISCO ROCA SEBASTIA: Médico Psiquiatra responsable del Programa Municipal de Toxicomanías del Ayuntamiento de Valencia.

MANUEL GOMEZ BENEYTO: Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Valencia.

MICAELA PAÑOS ISARDO: Trabajadora Social de la Asamblea Provincial de la Cruz Roja de Valencia.

MIGUEL GILI MINER: Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla. Investigador del proyecto «Respuesta Comunitaria frente a los problemas relacionados con el alcohol».

JOSE GINER UBAGO: Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla. Investigador del proyecto «Respuesta Comunitaria frente a los problemas relacionados con el alcohol».

JOSE RAMON LACALLE REMIGIO: Médico becario de investigación del Departamento de Ciencias Socio-Sanitarias de la Universidad de Sevilla y participante del proyecto «Respuesta Comunitaria frente a los problemas relacionados con el alcohol».

DOLORES FRANCO FERNANDEZ: Profesora Ayudante de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla. Investigadora del

proyecto «Respuesta Comunitaria frente a los problemas relacionados con el alcohol».

EMILIO MARTINEZ-CAÑABATE: Master en Salud Pública e investigador sobre la epidemiología de los problemas relacionados con el alcohol en el Departamento de Ciencias Socio-Sanitarias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla.

