



COMUNIDAD Y DROGAS
(Publicación trimestral)

Precio del ejemplar: 500 pts. (IVA incluido).
Suscripción anual: 2.000 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: 351-88-001-5.
Depósito Legal: M-31.656-1986.

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 Manóvil

D. Ramón Mendoza

D. José Navarro

D. Pedro Oñate

D. Armando Peruga

D. Santiago de Torres

Secretario de Redacción

D. Francisco de Asís Rábago

EDITORIAL

ESTUDIOS Y EXPERIENCIAS

- 9 Estudio descriptivo de los drogodependientes que iniciaron tratamiento en los centros del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de Madrid en los años 1985-86. Mercedes Díez, Luis Caballero, Pedro Enrique Muñoz.
- 27 El modelo socio sanitario italiano en la gestión de las toxicodependencias. Eduardo Paolini.
- 51 Más allá de la organización corporativa: criterios para una intervención integral. Joan Torrella.

DOCUMENTACION

- 67 Estructuras alternativas a la escuela en los campos de la prevención, tratamiento y, en especial, del papel de las Instituciones en la educación para la salud tendente a prevenir las toxicomanías: Bosquejo de una solución integrada. Franco Marziale.

MISCELANEA

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 «currículum» 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

El territorio como variable de intervención

La necesidad de definir políticas de ámbito internacional, la multinacionalidad de los canales financieros y de mercado, la coincidencia aparente de problemáticas entre países, pueden hacernos olvidar los elementos territoriales y diferenciadores de las drogodependencias.

5

Siempre hemos aceptado que el territorio, el espacio urbanístico e histórico concreto, constituía el punto de encuentro entre lo social y lo personal. En el territorio y en función del territorio se explican las maneras de drogarse y de «curarse», los problemas añadidos y las necesidades específicas, el grupo de consumo, el de referencia y el de curación...

La comunidad humana es diferente en cada barrio: en cada lugar tiene su historia, sus causas, sus padecimientos, su mal o buen vivir. Sólo teniendo en cuenta cada territorio —a menudo no coincidente con la zona administrativa o con el espacio que la ciudad o el pueblo determinan— podemos identificar las necesidades, organizar prioridades, adaptar esquemas de intervención.

En este número de *Comunidad y Drogas* se incluye un artículo que, aunque aparentemente no se refiere al abordaje de las drogodependencias, pretende reencontrarnos con el territorio, explica el intento de organizar la atención a

las personas —también las personas con problemas de drogodependencias— en torno a la integración territorial.

El repensar los modelos de atención que proponíamos en el número anterior pasa por esta variable territorial. No basta con redefinir la atención teniendo en cuenta que existen los servicios de atención primaria, los recursos de juventud, de trabajo, de deporte o de educación; necesitamos pensar cómo todos ellos se integran en un territorio concreto, específico, diferente del que está al lado.

Incluso fenómenos de supuesta entidad universal en las drogodependencias tienen elementos, explicativos o terapéuticos, en el territorio. Hasta la llamada muerte por «sobredosis» nos debe llevar a conocer el nivel de depresión suicida que puede dominar a los toxicómanos de un barrio o su especial degradación personal. No digamos ya los microcosmos de consumo y problemáticas que resitúan en cada momento y en cada lugar a las propias drogas, a la percepción de los sistemas y métodos de atención.

Usar drogas, resolver los problemas que en torno a ellas se crean, también es una cuestión de cada lugar, de cada momento. Conviene volver al territorio como espacio de intervención.

Estudios y experiencias

Mercedes Díez*, Luis Caballero,
Pedro Enrique Muñoz

Estudio descriptivo de los drogodependientes que iniciaron tratamiento en los centros del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de Madrid en los años 1985-86**

RESUMEN

A partir del Registro Acumulativo de Drogodependientes del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de Madrid, se realiza un estudio descriptivo de los drogodependientes que iniciaron tratamiento entre el 1 de octubre de 1985 y el 31 de diciembre de 1986, investigando características sociodemográficas y de consumo y analizando las diferencias entre ambos sexos.

SUMMARY

Descriptive study of drug addicts who began treatment in the regional drugs plan centres of the autonomous community of Madrid in the years 1985-1986

Using the records from the Regional Drugs Plan Cumulative Register in the Autonomous Community of Madrid, a descriptive study has been made of those drug addicts who started treatment between October 1st 1985 and December 31st 1986. Sociodemographic and consumption characteristics have been examined and differences between the sexes analysed.

INTRODUCCION

DIVERSOS estudios existentes en España, tanto de ámbito estatal¹⁻⁴ como local⁵⁻¹⁵, han permitido hacer estimaciones sobre la preva-

lencia del uso de drogas en nuestro país, así como describir las características de la población consumidora.

Según Navarro y cols.³ sólo un 2% de las personas que refieren consumir drogas está en tratamiento por su drogodependencia, porcentaje que asciende al 10,2% cuando la sustancia consumida es un analgésico morfínico y a un 9% en el caso de la heroína.

(*) Correspondencia: Hospital de la Seguridad Social de Alcalá de Henares. Servicio de Medicina Preventiva. Alcalá de Henares (Madrid).

(**) El presente estudio refleja una de las aplicaciones prácticas del Registro Acumulativo de Drogodependencias de Madrid de cuyo funcionamiento se habló en el número 8 de esta revista.

En contraste con la relativa abundancia de datos epidemiológicos existentes sobre población consumidora, hay una cierta escasez de este tipo de información en la pequeña proporción de consumidores que solicita tratamiento. En concreto, existen bastantes estudios sobre heroinómanos en España, pero casi todos discuten aspectos clínicoterapéuticos¹⁶⁻²³ y de los que se centran específicamente en la descripción de variables sociodemográficas y de consumo²⁴⁻²⁸ sólo un trabajo²⁸ presenta un número importante de casos.

Cuando se puso en marcha el Plan Regional sobre Drogas (PRD) de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), la información existente sobre los toxicómanos de nuestra comunidad era muy escasa. En consecuencia, al objeto de obtener información que ayudara a una planificación racional de los recursos, se decidió la implantación de un Registro Acumulativo de Drogodependientes (RAD) de ámbito regional que comenzó a funcionar al mismo tiempo que la red asistencial, el 1 de octubre de 1985.

En este sentido se presentan datos sobre 1.829 pacientes que se obtuvieron a partir de la información contenida en el RAD. Aunque la red asistencial del PRD no está pensada para el tratamiento exclusivo de heroinómanos, la casi totalidad de nuestros pacientes lo son.

Los objetivos del estudio han sido tres:

1. Describir la población que recibió asistencia en el PRD de la CAM con respecto a diversas variables contenidas en la hoja de entrada (o «maestra») al registro.
2. Utilizar la información obtenida de

este modo para lograr una mejor ordenación de los recursos disponibles en la CAM para la prevención, asistencia y rehabilitación de los drogodependientes.

3. A la vista de los datos obtenidos, elaborar hipótesis para su posterior investigación.

MATERIAL Y METODOS

Nuestra fuente de información ha sido el RAD de la CAM. El registro recibe información de los distintos dispositivos integrados en la red y su estructura queda reflejada en la fig. 1. Como puede verse, la entrada de información en el RAD tiene lugar mediante dos tipos de fichas:

1. La ficha maestra. Se elabora en los distintos dispositivos ambulatorios cuando el paciente hace su primer contacto con la red. Contiene información sociodemográfica del paciente, datos sobre consumo de sustancias, complicaciones que se han presentado y el tratamiento indicado. La ficha maestra es única para cada paciente que viene identificado por un código elaborado a partir de las dos primeras letras de los dos apellidos y la fecha de nacimiento; de este modo se evita la duplicación de casos.
2. La ficha de seguimiento mensual. Se elabora en todos los dispositivos de la red. Está establecido que se envíe una ficha mensual para cada paciente y en ella se recogen los contactos de éste con distintos dispositivos de la red, así como información sobre su situación clínico-epidemiológica.

Una descripción más completa del

registro y de las circunstancias que llevaron a su implantación ha sido publicada recientemente²⁹.

Los datos que se van a presentar aquí proceden de una primera explotación realizada a partir de la hoja maestra. La población de estudio comprende de todos los pacientes que solicitaron tratamiento en la red desde su puesta en marcha el 1 de octubre de 1985 hasta el 31 de diciembre de 1986. Hemos analizado los datos considerando primero el total de la población asistida y posteriormente hombres y mujeres por separado al objeto de detectar posibles diferencias entre ellos.

Análisis estadístico

La informatización de los datos se ha realizado mediante un ordenador VAX 11/730 utilizando la base de datos ADABAS.

En cuanto a los tests estadísticos³⁰, hemos empleado el test de comparación de medias, test de comparación de porcentajes y el χ^2 .

RESULTADOS

Sexo (tabla 1)

El total de pacientes atendidos en la red asistencial del PRD de la CAM durante el período comprendido entre el 1-10-85 y el 31-12-86 fue de 1.829, de los cuales 1.462 (80%) fueron hombres y 329 (18%) fueron mujeres. En 38 casos (2%) no se especificó el sexo. Por tanto, la razón hombre/mujer en nuestro estudio fue de 4,5/1 aproximadamente.

Edad

Para el total de la población en estudio la edad media al solicitar tratamien-

to fue de 24,02 años con una desviación típica de 4,3. La moda fue de 23 años y la mediana de 24 años.

Entre los varones, la edad media al solicitar tratamiento fue de 24,22 años, mientras que para las mujeres fue de 23,06 años. Esta diferencia de edad fue estadísticamente significativa ($p < 0,01$) cuando se realizó un test de comparación de las medias de dos colas. Los varones presentaban la misma moda y mediana que la población total mientras que para las mujeres el valor modal fue de 22 años y la mediana de 23 años.

Si representamos gráficamente la distribución de frecuencias por edad al solicitar tratamiento para hombres y mujeres (figs. 2 y 3), observamos que para los hombres la curva resultante se asemeja notoriamente a una distribución normal, con un pico a los 23 años y un alargamiento de la rama derecha de la curva. Para las mujeres la gráfica es mucho más escarpada, con un pico más evidente a los 22 años y un alargamiento también de la parte derecha.

Estado civil (tabla 2)

Al recoger esta variable se consideró sólo estado civil legalmente reconocido.

Casi el 70% de los pacientes están solteros. Existen diferencias significativas entre los sexos con respecto al estado civil ($p < 0,01$). Mientras que entre los hombres el porcentaje de solteros fue del 71%, entre las mujeres fue sólo del 62%. Al considerar las distintas categorías de la variable se observa que para todas aquellas que implican estar o haber estado casado las mujeres presentan sistemáticamente porcentajes más altos que los hombres a pesar de

tener una edad media menor que éstos. Este hecho es especialmente notorio para la categoría viudo. Como era de esperar, dada la juventud de la población de estudio, los porcentajes de viudos son bajos para ambos sexos, pero llama la atención que mientras de un total de 1.462 varones sólo 1 (0,1%) refiere ser viudo, entre las mujeres, de 329, 5 (1,5%) se clasifica en esta misma categoría. Es decir, comparando porcentajes hay 15 veces más viudas que viudos.

Existencia de hijos

Dadas las importantes repercusiones sociales y sanitarias que puede tener para la descendencia el hecho de que los padres sean toxicómanos, consideramos interesante averiguar qué porcentaje de la población en nuestro estudio tenía hijos. Este porcentaje para el total de la población fue el 29,6%. De nuevo existían diferencias significativas ($p < 0,01$) entre los sexos ya que un mayor porcentaje de mujeres (39,2% vs. 27,5%) dice tener descendencia.

Pensamos que muy probablemente al menos parte de esta diferencia se explica por las diferencias en estado civil.

Actividad en los últimos 6 meses (tabla 3)

Sólo un 19,2% de los drogodependientes en nuestro estudio había tenido un trabajo estable en los 6 meses previos a la solicitud de tratamiento, mientras que un 50,2% se encontraba en paro. Si consideramos además que un 14,3% decía trabajar sólo esporádicamente y un 2,1% realizaba actividades marginales, nos encontramos con que un 66,6% de los pacientes no dispone de un trabajo legal y estable que

le permita hacer frente a sus responsabilidades sociales y económicas. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p < 0,01$), ya que las mujeres refieren tener trabajo estable en un porcentaje mucho más bajo que los hombres. Estas diferencias reflejan probablemente lo que ocurre en población general. Por otra parte, el porcentaje de no contestados es mucho más alto en mujeres.

Nivel socioeconómico familiar (tabla 4)

Es bien conocida la dificultad que se presenta a la hora de establecer el nivel socioeconómico de una persona. En este estudio se considera el nivel socioeconómico de la familia de origen y la valoración se hizo por apreciación subjetiva del profesional que atendió al paciente considerando el nivel educativo y profesional del padre, los ingresos familiares mensuales y el tipo de residencia familiar.

Los resultados ponen de manifiesto que las personas que acuden a nuestros centros pertenecen mayoritariamente a las clases sociales más desfavorecidas, ya que sólo un 4% de pacientes pertenecen a las clases media/alta y alta, mientras que 63,6% pertenecen a las clases media/baja y baja.

No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres con respecto a esta variable.

Estudios realizados (tabla 5)

Tampoco se encontraron diferencias entre sexos al considerar el grado de educación, por lo cual nos referiremos sólo a resultados globales.

Los pacientes que acuden al PRD parecen estar notoriamente mal escolari-

zados, pues aunque sólo un 0,5% dicen no saber leer ni escribir, es muy posible que los analfabetos funcionales supongan un porcentaje mucho más alto, ya que el 34,4% del total de pacientes no ha completado los estudios primarios. En el otro extremo sólo un 2,7% tiene una titulación de grado medio o superior.

Incidencias legales (tabla 6)

Al considerar esta variable queremos señalar que no se ha intentado determinar si los delitos estaban relacionados con el tráfico y consumo de drogas. Por otra parte, es posible que exista un cierto ocultamiento, bien sea porque el individuo es reacio a declarar sus problemas legales o por una cierta resistencia de algunos profesionales para insistir sobre ello al realizar la historia clínica. Sin embargo, incluso considerando este ocultamiento, es notorio el alto porcentaje que ha tenido problemas con la ley, ya que sólo un 38,4% de la población de estudio refiere no haber tenido ninguna incidencia legal previa al inicio del tratamiento. Un 20,3% refiere problemas que podríamos calificar como «menores», un 15,3% refiere haber tenido condenas o tener procesos legales pendientes y un 15,9% dice haber tenido varios de los anteriores. Por sexos existen diferencias significativas ($p < 0,01$), ya que las mujeres tienen problemas legales en mucha menor medida que los hombres.

Procedencia

En general, los pacientes están distribuidos de un modo bastante uniforme entre los distintos distritos sociosanitarios en que se encuentra dividida la CAM. El porcentaje más alto de pacientes procede del distrito de San Blas

(11,4%), seguido de Ciudad Lineal (8,6%). Existe un número de distritos que presentan porcentajes que oscilan entre el 4 y el 5% (Villaverde, Salamanca, Carabanchel, Alcalá de Henares, Getafe, Fuencarral) y en el resto los porcentajes son más bajos.

A pesar de que se pretende que la red asista únicamente a toxicómanos que residan en Madrid, existe un 0,6% de pacientes que viven fuera de la Comunidad Autónoma.

El hecho de que exista un cierto número de distritos con un porcentaje más alto de pacientes no significa necesariamente que sean aquellos en los cuales la prevalencia de consumo de drogas sea más alta. Factores tales como existencia o no de centro de tratamiento dentro del distrito, tiempo de funcionamiento de los centros, dotación asistencial de los mismos y otros que pueden determinar la demanda de tratamiento por parte de los pacientes, han influido sin duda sobre estos datos.

Historia del consumo

Una vez consideradas las variables sociodemográficas se presentan diversos datos sobre la historia toxicológica:

Droga principal

Al considerar cuál es la droga principal para cuya deshabituación el paciente solicita tratamiento, se tuvieron en cuenta la capacidad adictígena de la sustancia, el tipo de consumo que hace el sujeto de la misma y las complicaciones psicológicas, sociales o somáticas que su uso comporta. La mayor parte de las personas que solicita-

ron tratamiento en el PRD son heroínómanos (94,1%). El porcentaje de pacientes que consume como droga principal otras sustancias es muy bajo (menor del 1% en todos los casos) y existe un 2,3% de pacientes en los que no se ha especificado droga principal. La razón hombre/mujer para aquellos que referían como droga principal la heroína fue de 4,5/1. Para el resto de las drogas las razones hombre/mujer fueron muy variables, pero las frecuencias fueron bajas, por lo cual no es posible sacar conclusiones.

Tiempo de adicción (tabla 7)

Un dato de gran interés es el tiempo de adicción al solicitar tratamiento; se calculó restando el año de uso habitual de la droga que motivó el tratamiento del año en que el paciente solicitó tratamiento. No se evidenciaron diferencias significativas entre hombres y mujeres, por lo que nos referiremos a los resultados globales. Como puede apreciarse en la tabla 7, sólo un pequeño porcentaje de pacientes (4,2%) solicitaron tratamiento dentro del año en que el consumo de la sustancia se hizo habitual. Por lo demás existe una amplia dispersión de los datos con porcentajes muy similares en las diferentes categorías. Cabe señalar que el porcentaje de los que no contestaron fue bastante alto (16,7%).

Frecuencia del consumo (tablas 8 y 9)

Dados los datos que se recogen en la hoja maestra, no es posible estimar la cantidad de droga consumida por el paciente cuando acude a tratamiento. Sí es posible, sin embargo, conocer la frecuencia de uso tanto en el último año como en el último mes.

Los resultados reflejan que tanto en

el último año como en el último mes lo más frecuente es que se consuma la droga varias veces al día. Hay sin embargo diferencias en cuanto al número de abstinentes, puesto que en el último mes el porcentaje de abstinentes es más alto que en el último año (7,8% vs. 0,9%).

Por otra parte, no existen diferencias en cuanto a la frecuencia de consumo en el último año entre hombres y mujeres, mientras que sí las hay en el último mes con mayores porcentajes de mujeres en las categorías de menor consumo.

Vía principal

Para terminar con los resultados que hacen referencia a la droga principal se exponen los datos relativos a la vía principal de consumo de la sustancia. Como era de esperar en una muestra compuesta básicamente por heroínómanos la vía preferentemente utilizada en el mes previo al tratamiento ha sido la parenteral (84,6%), seguida de la inhalada/esnifada (5,7%).

No hay diferencias entre hombres y mujeres.

Frecuencia de consumo de las diversas sustancias

Hasta ahora se han presentado datos referidos sólo a la droga que motivó la solicitud de tratamiento que, como ya se ha dicho, en la mayoría de los casos fue la heroína. Sin embargo, el hecho de que la mayoría de pacientes fueran heroínómanos no quiere decir que sólo consumieran heroína. Lo contrario también es cierto; es decir, algunos pacientes que no refieren heroína como droga principal también la han consumido.

Nuestros resultados con respecto al uso de las distintas drogas fueron los siguientes:

El 94% de los pacientes refería consumir o haber consumido heroína, el 53,3% anfetaminas, el 28,2% benzodiazepinas, el 24,2% barbitúricos y el 5,4% solventes volátiles. No existían diferencias significativas en la frecuencia de uso de las distintas drogas entre hombres y mujeres excepto en el caso del cannabis (88,2% entre los hombres vs. 73,3% para las mujeres, $p < 0,05$) aunque sistemáticamente las mujeres presentaban porcentajes de consumo de las diversas sustancias más bajos que los hombres. Hay que asumir un problema de subinformación notable en lo que concierne al uso de drogas que no sean la principal, ya que, tanto pacientes como profesionales, ponen más énfasis en recoger la información relativa a la droga principal.

Edad de inicio en el consumo de las sustancias (Fig. 4)

La existencia de un patrón para el uso de distintas drogas desde la adolescencia a la madurez ha sido destacada por diversos autores: Hindmarch³¹ estableció dos grupos de edad especialmente en riesgo: los adolescentes y las mujeres de edad media. Kandel y cols.³² siguieron una cohorte de estudiantes de bachillerato y encontraron que el período de mayor riesgo para el inicio en el consumo de drogas ilegales, excepto cocaína, se extendía hasta los 21 años, mientras que los fármacos psicoactivos se empezaban a consumir más tarde y el período de riesgo para el inicio se prolongaba hasta la madurez.

Dado que nuestro estudio es de tipo

transversal, nuestros resultados con respecto a edad de iniciación en el uso de distintas drogas no puede interpretarse como indicativo de grupos de edad particularmente en riesgo para el inicio del consumo.

Los pacientes se iniciaron tanto en el uso de solventes como en el de cannabis a edades muy tempranas. La edad media de iniciación en el uso de solventes volátiles fue de 14,78 años con una desviación típica de 2,78, mientras que para el cannabis la media fue de 15,75 años con una desviación típica de 2,76. Para ninguna de las dos sustancias existían diferencias entre sexos con respecto a edad de iniciación. El consumo de anfetaminas también se inició en edades jóvenes. La edad media en nuestro estudio fue de 17 años con una desviación típica de 2,87. Las mujeres se iniciaron en el consumo a una edad significativamente más baja que los hombres (16,47 vs 17,13, $p < 0,01$).

A una edad más avanzada se inició el consumo de barbitúricos y cocaína. La edad media para los barbitúricos fue de 19,23 años con una desviación típica de 5,1 que revela una mayor dispersión de los datos que para otras sustancias. No se aprecian diferencias entre los sexos. Con respecto a la cocaína, la edad media de iniciación fue de 19,65 años y la desviación típica fue de 3,76. Las mujeres se iniciaron en el consumo a una edad ligeramente más baja que los hombres (18,96 vs 19,81 $p < 0,01$). Las sustancias que registraron una edad de inicio más alta fueron las benzodiazepinas, con una edad media de 20,94 años y una desviación típica de 4,6. También en este caso las mujeres se iniciaron a una edad más baja que los hombres (19,27 vs 21,29 $p < 0,01$).

Edad de inicio en el consumo de heroína

Finalmente se comentan más en detalle los datos relativos al consumo de heroína. La edad media de inicio al consumo fue de 19,2 años para la población total, con una desviación típica de 3,69. Las mujeres se iniciaron en el consumo a una edad significativamente más baja que los hombres (18,75 vs 19,33 $p < 0,01$).

Al analizar la edad media de iniciación en el consumo de heroína para cada valor de edad al solicitar tratamiento observamos que tanto en hombres como en mujeres la edad media de iniciación en el consumo disminuye conforme desciende la edad (Tabla 10). Este es el resultado que cabía esperar, ya que la heroína se ha introducido en nuestro país hace relativamente poco tiempo y por lo tanto los adictos más viejos tuvieron mayor probabilidad de iniciarse en el consumo de la sustancia a edades más tardías. Además, si consideramos los grupos de edad más jóvenes hay que tener en cuenta que aquí sólo están representados aquellos miembros de la cohorte de nacimiento que se iniciaron en el consumo de la sustancia y se hicieron adictos a una edad temprana, pero seguramente hay otros miembros de la cohorte de nacimiento que consumirán la droga en el futuro. Por tanto, nuestros datos no implican necesariamente que la edad de inicio esté disminuyendo, posibilidad que han sugerido algunos estudios en el Reino Unido^{33, 34}; sería interesante, en el futuro, seguir diversas cohortes de nacimiento y analizar datos de iniciación en el consumo de heroína para poder llegar a conclusiones sobre esta cuestión.

Existe otro hecho que merece la pena destacar al observar la tabla 10.

A pesar de que la edad media de inicio en el consumo de heroína para el total de mujeres fue significativamente más baja que para el total de hombres, si se comparan las edades medias de iniciación entre hombres y mujeres para cada valor de edad no se aprecian diferencias excepto, quizás, en los grupos más jóvenes pero las frecuencias en estos grupos de edad son bajas, por lo que las estimaciones de las medias son más inestables. Por lo tanto, creemos que las diferencias en edad de iniciación al consumo de la heroína entre hombres y mujeres no es real, sino debida a una diferente composición por edades de los subgrupos de hombres y mujeres en nuestro estudio. Este aspecto será comentado con mayor detalle en la discusión.

Con respecto a las variables tiempo de adicción al solicitar tratamiento, frecuencia de consumo y vía principal, los resultados para los heroínómanos no difieren prácticamente de los expuestos para droga principal y no tiene interés volverlos a presentar.

DISCUSION

En este estudio se presenta una descripción de 1.829 drogodependientes que recibieron tratamiento en la red asistencial del PRD de la CAM durante el período comprendido entre el 1 de octubre de 1985 y el 31 de diciembre de 1986.

El objetivo fundamental del estudio fue obtener información que fuera de utilidad para la planificación y gestión de los servicios de asistencia a toxicómanos existentes en la CAM.

La gran mayoría de los pacientes atendidos en nuestra red (94,1%) eran heroínómanos. Esto motivó que tanto

la razón hombres/mujeres (4,5/1) como el resto de los resultados fueran fiel reflejo de lo que ocurre entre estos pacientes y no pueden aplicarse en modo alguno a pacientes dependientes de otras drogas de los que existe una casuística muy limitada que no permite sacar conclusiones. El predominio de varones entre los heroínómanos es un hallazgo habitual tanto en los estudios nacionales^{24, 26} como en los realizados en otros países^{35, 39}, aunque las razones hombre/mujer han sido variables. La razón hallada en nuestro estudio es bastante similar a la de 4/1 que se encontró en un estudio nacional²⁶ y a la existente entre los toxicómanos italianos de 4,3/1³⁹.

La edad media a la que los pacientes solicitaron tratamiento fue de 24 años y las mujeres iniciaron tratamiento a una edad media significativamente más baja que los hombres (24,22 vs. 23,06 años).

También se observaron diferencias claras entre hombres y mujeres con respecto a otras variables tales como estado civil, actividad en los últimos 6 meses e incidencias legales. Tales diferencias también han sido señaladas por otros autores^{26, 37, 40} y apoyan la opinión de muchos clínicos de que el patrón de adicción e las mujeres es diferente al encontrado entre los varones.

Un aspecto de estas diferencias que merece un comentario aparte es el alto porcentaje de mujeres que refiere tener hijos a pesar de la juventud de la población en estudio. Si tenemos en cuenta que la responsabilidad por el cuidado de los hijos es generalmente asumida por las mujeres y la posibilidad de transmisión materno-fetal de enfermedades tales como la hepatitis B o la infección por VIH, de alta prevalencia entre drogodependientes por vía

parenteral, creemos que el hecho de que el 39,2% de las mujeres en nuestro estudio tengan hijos es un dato muy relevante y debe tenerse en cuenta en la planificación de los recursos sociales y sanitarios.

Es notorio que los pacientes asistidos en el PRD de la CAM pertenecen a las clases sociales más desfavorecidas: un 63,6% proceden de familias de clase social baja o media/baja, mientras que sólo un pequeño porcentaje pertenece a las clases alta o media/alta. Por supuesto estos resultados, como el resto de los presentados aquí, no pueden extrapolarse a todos los toxicómanos; dado que todos los centros integrados en nuestra red, excepto uno, son públicos, es muy probable que exista un exceso de representación de los estratos más pobres, aunque es también razonable pensar que ciertos grupos muy marginales no acceden a los dispositivos asistenciales disponibles. Sin embargo, en otros países se ha detectado un cambio en el tipo de toxicómano actual con respecto al que se veía en la década de los 60³⁴, en el sentido de que mientras los drogodependientes de aquella época no diferían de sus contemporáneos en variables tales como status social o educación, actualmente los pacientes son más jóvenes, están mal escolarizados, proceden de clases sociales más bajas y los motivos para consumir drogas están menos relacionados con aspectos ideológicos; así pudiera ser que en España se esté produciendo un fenómeno parecido.

Por otra parte, los pacientes atendidos en el PRD constituyen un colectivo con bajo nivel de escolarización, ya que el 34,4% no han finalizado los estudios primarios. Nuestros resultados en este sentido son muy parecidos a los de Martínez y cols.²⁸, que encontra-

ron que un 32% de los heroínómanos en su muestra no había finalizado la E. G. B.

El porcentaje de parados (50,2%) es muy elevado. Si además consideramos que un 14,3% dice tener un trabajo inestable y un 2,1% dice realizar actividades marginales, es evidente la enorme dificultad que plantea la rehabilitación de estos pacientes, sobre todo si se tiene en cuenta que, de acuerdo a Vaillant⁴⁰, la existencia de un empleo estable previo a la adicción es el factor aislado que mejor predice la abstinencia de drogas y la disminución de la delincuencia.

Sólo el 38,4% de las personas incluidas en este estudio dice no haber tenido problemas legales de mayor o menor gravedad. Tal como se ha encontrado reiteradamente en la literatura, los varones refieren sistemáticamente más problemas con la ley que las mujeres.

La alta ocurrencia de problemas legales entre toxicómanos es un hecho bien conocido. En su muestra de 107 pacientes, Gardner y Connell³⁵ encontraron que el 70% habían sido declarados culpables de algún delito. Blumberg y cols³⁶, en una muestra de 208 pacientes hallaron un porcentaje de 80% que había tenido al menos un proceso legal, aunque los autores señalan que muy pocos de los delitos cometidos podían ser considerados como serios.

Al analizar los resultados para edad de inicio en el consumo de drogas hay algunas diferencias con respecto a los encontrados en estudios transversales realizados en población general que merecen algún comentario. En concreto, las edades de inicio halladas en el presente estudio son sistemáticamente más bajas que las encontradas en el

estudio de Navarro y cols.³, pero este hecho es especialmente notorio en el caso de los barbitúricos y tranquilizantes, mientras que las diferencias son mucho menos evidentes en el caso de los inhalables y el cannabis y prácticamente inexistentes en el caso de la cocaína y heroína. El hecho de que los toxicómanos se inician antes que sus coetáneos en el uso de distintas drogas ya ha sido señalado⁴⁰, pero nuestros resultados parecen sugerir que la diferencia pudiera ser más acusada por lo que respecta a drogas psicoactivas legales mientras que el patrón de iniciación para drogas ilegales sería bastante más similar.

Las mujeres en nuestro estudio son más jóvenes que los hombres. Considerando que la edad media de iniciación en el consumo de heroína disminuye al descender la edad, pensamos que la menor edad media de iniciación en el total de mujeres pudiera ser debida al hecho de que entre ellas había un mayor porcentaje de jóvenes que entre los hombres (34,7% de las mujeres tenían una edad igual o inferior a 21 años, mientras que entre los hombres este porcentaje era de 26,1%). Para comprobar si esto era así examinamos para cada grupo de edad la edad media de iniciación en el consumo de heroína para hombres y mujeres. Como puede verse en la tabla 10, la edad media de iniciación en el consumo de heroína es prácticamente igual para ambos sexos en todos los grupos de edad si exceptuamos los grupos más jóvenes y el más viejo, pero, en ambos casos, las frecuencias son muy bajas. Por lo tanto, creemos que la diferencia en la edad media de iniciación en el consumo de heroína entre el total de hombres y el total de mujeres no es real, sino debida al hecho de que existe una proporción mayor de mujeres jóvenes que de hombres

jóvenes, y los pacientes más jóvenes, al margen del sexo, se han iniciado antes en el consumo.

El hecho de que una parte importante de nuestros pacientes consumieran una gran cantidad de sustancias, aparte de la heroína, no es nuevo, ya que ha sido constatado por muchos autores^{35, 36, 40} y es la experiencia clínica habitual. Los patrones más comunes de policonsumo también han sido discutidos^{41, 42}. Nurco⁴³ demostró que, entre los adictos a narcóticos, el uso de otras drogas cumple dos funciones: una complementaria del efecto de los narcóticos que puede darse durante períodos de adicción y durante períodos de no adicción y otra sustitutoria que se da durante períodos de no adicción.

Un resultado que ha llamado la atención en esta población es la gran dispersión existente en los datos referentes al tiempo de adicción al solicitar tratamiento. Esto pudiera ser debido a que los adictos más antiguos hayan visto restringido su acceso a un tratamiento adecuado en años previos dado que la disponibilidad de tratamientos para estos pacientes en la red pública era muy limitada. Por desgracia no ha sido posible obtener datos sobre tiempo de adicción para aquellos que solicitan tratamiento por primera vez aunque se espera poder disponer de ellos en un futuro próximo. Creemos que será interesante ver la evolución de

esta variable en el futuro al objeto de valorar el posible impacto que la puesta en marcha de la red asistencial del PRD pueda tener sobre ella.

En resumen, de acuerdo con nuestros datos, el paciente tipo que recibe tratamiento en la red asistencial del PRD de la CAM es generalmente varón, joven, pertenece a las clases sociales menos favorecidas, está mal escolarizado, no dispone de trabajo estable y ha tenido problemas con la ley. Es habitualmente un heroinómano que comenzó a consumir heroína a una edad media de 19,2 años y además consume en mayor o menor grado un amplio abanico de sustancias.

Nuestros resultados coinciden notablemente con los de otro estudio de ámbito geográfico más amplio publicado recientemente por Martínez y cols.²⁶, pero, al contrario que ellos, creemos que la diferencia en las edades de inicio en el consumo de heroína entre hombres y mujeres no es real, sino debida al hecho de que la proporción de jóvenes es más alta entre las mujeres y los jóvenes, al margen del sexo, se iniciaron antes en el consumo de la sustancia.

Finalmente queremos resaltar la utilidad de estudios como el presente para la planificación y gestión de los recursos disponibles en la asistencia a toxicómanos.

ENTRADAS

SALIDAS

Centros de Evaluación y Seguimiento

Centros para desintoxicación cerrada

Comunidades terapéuticas

Otras

REGISTRO CENTRAL

Explotaciones Especiales

Explotación de rutina

Hoja Maestra

Hoja de Seguimiento Mensual

- Has. acumuladas
- Monitorización [de Servicios
- Otras

20

FIG. 1: Estructura básica del RAD del Plan Regional sobre Drogas de Madrid.

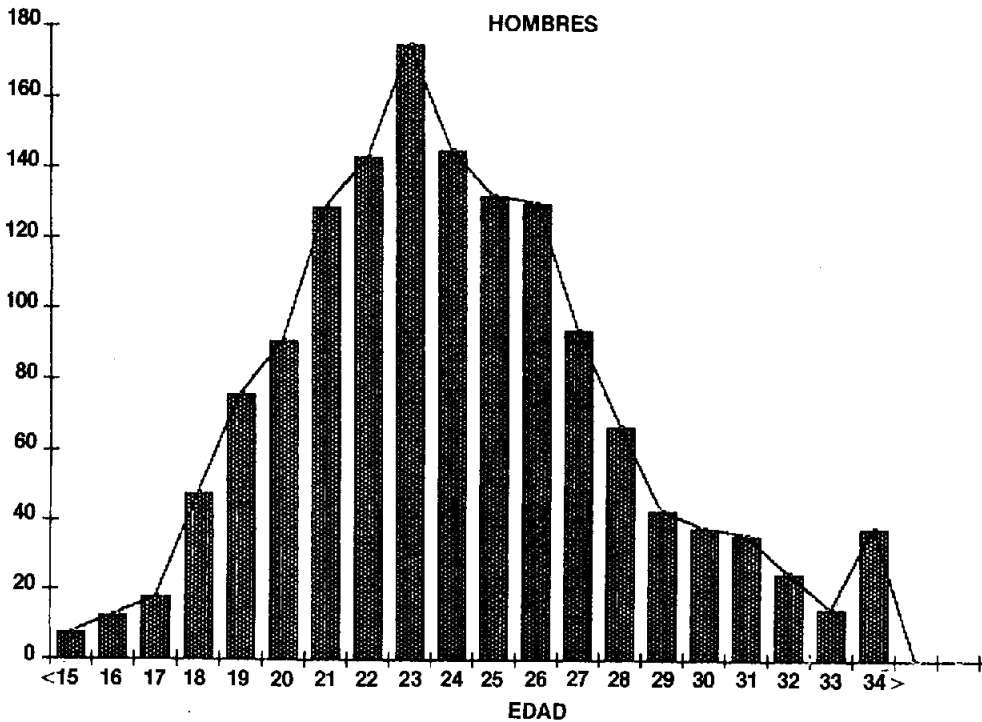


FIG. 2: Distribución de frecuencias por edad al solicitar tratamiento (hombres).

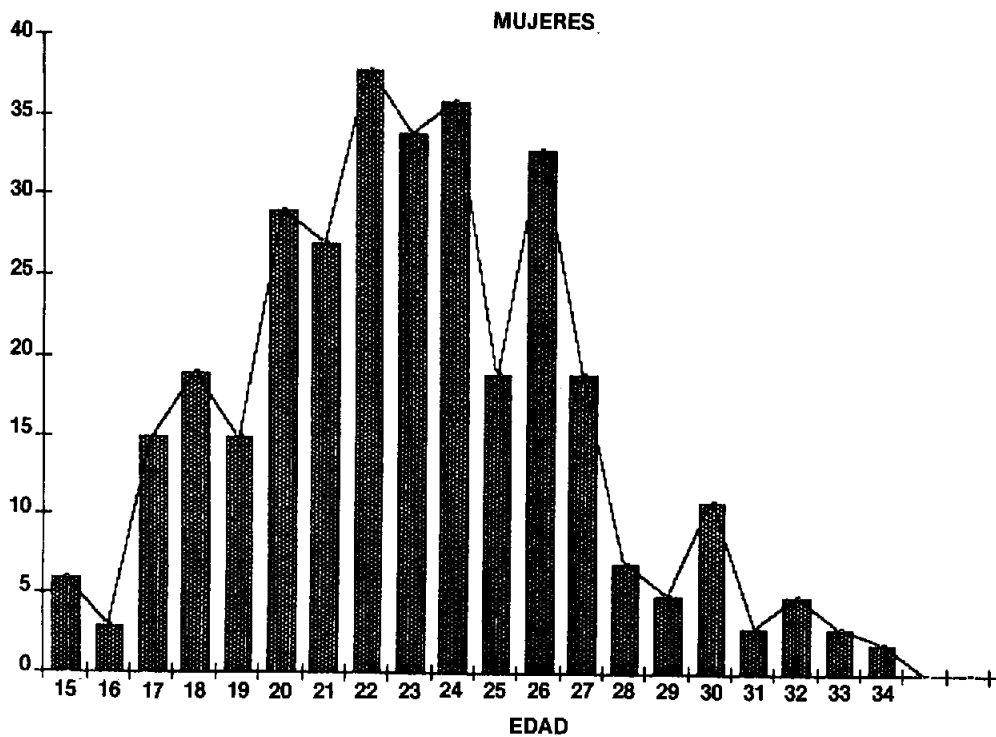


FIG. 3: Distribución de frecuencias por edad al solicitar tratamiento (mujeres).

21

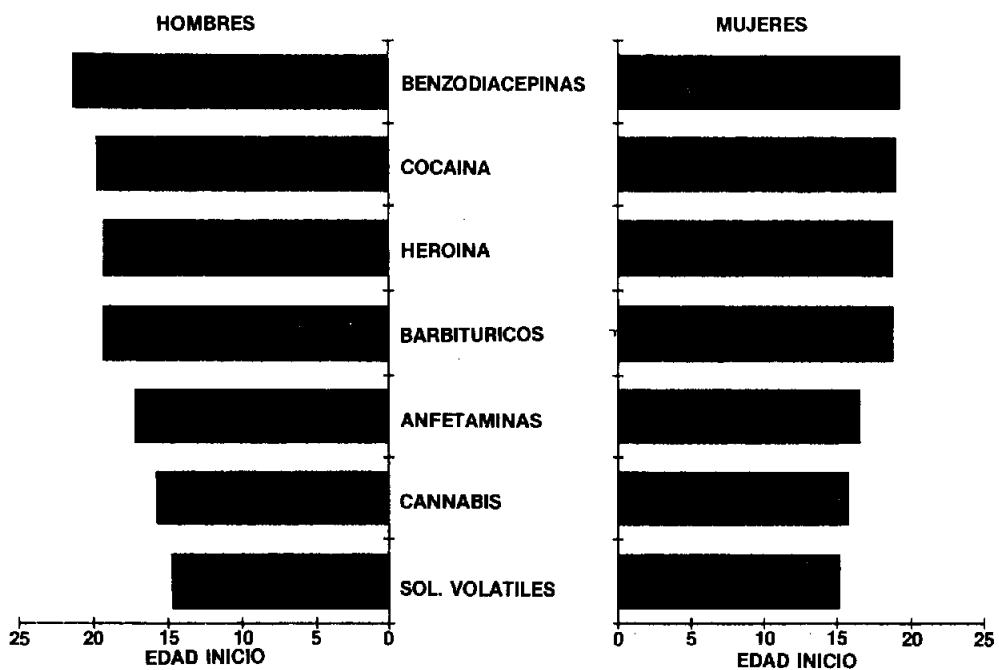


FIG. 4: Edad de inicio en el consumo de sustancias para ambos sexos.

Tabla 1. Sexo.

Hombres		Mujeres		N.C.		Total	
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
1.462	80	329	18	38	2	1.829	100

Tabla 2. Estado Civil.

	Hombres		Mujeres		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Soltero	1.039	71,0	204	62,0	1.243	69,4
Casado	314	21,5	84	25,5	398	22,2
Separado	61	4,2	25	7,6	86	4,8
Divorciado	6	0,4	—	—	6	0,3
Viudo	1	0,1	5	1,5	6	0,3
N.C.	41	2,8	11	3,4	52	2,9
Total	1.462	100	329	100	1.791	100

$\chi^2 = 27,07$ $P < 0,01$

Tabla 3. Actividad en los últimos 6 meses.

	Hombres		Mujeres		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Trabajo estable	316	21,6	27	8,2	343	19,2
Trabajo inestable	212	14,5	44	13,4	256	14,3
Paro	726	49,7	173	52,6	899	50,2
Actividades marginales ..	27	1,8	11	3,3	38	2,1
Estudio	31	2,1	13	4,0	44	2,5
Incapacidad laboral	27	1,8	2	0,6	29	1,6
Jubilación	4	0,3	—	—	4	0,2
Servicio militar	6	0,4	—	—	6	0,3
N.C.	113	7,8	59	17,9	172	9,6
Total	1.462	100	329	100	1.791	100

$\chi^2 = 64,68$ $P < 0,01$

Tabla 4. Nivel socioeconómico familiar.

	Hombres		Mujeres		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Bajo	432	29,5	102	31,0	534	29,8
Medio/Bajo	515	35,2	91	27,7	606	33,8
Medio/Medio	257	17,6	73	22,2	330	18,5
Medio/Alto	53	3,6	14	4,3	67	3,7
Alto	5	0,3	1	0,3	6	0,3
N.C.	200	13,7	48	14,6	248	13,8
Total	1.462	100	329	100	1.791	100

$\chi^2 = 8,29$ $P < 0,14$

Tabla 5. Estudios realizados.

	Hombres		Mujeres		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
No lee, ni escribe	9	0,6	—	—	9	0,5
Estudios prim. incompletos	191	13,1	49	14,9	240	13,4
Primer ciclo E.G.B.	314	21,5	54	16,4	368	20,5
Segundo ciclo E.G.B.	505	34,5	112	34,0	617	34,5
BUP	185	12,7	52	15,8	237	13,2
F.P. 1.º, 2.º y 3.º grado ..	179	12,3	38	11,5	217	12,1
Titulado de grado medio .	18	1,2	2	0,6	20	1,1
Titulado superior	20	1,4	9	2,7	29	1,6
N.C.	41	2,8	13	3,9	54	3,0
Total	1.462	100	329	100	1.791	100

$\chi^2 = 15,67$ $P < 0,07$

Tabla 6. Incidencias legales.

	Hombres		Mujeres		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ninguna	526	36,0	162	49,2	688	38,4
Arrestos y detenciones ..	310	21,2	53	16,1	363	20,3
Procesos legales pendientes	191	13,1	29	8,8	220	12,3
Condenas	46	3,1	8	2,4	54	3,0
Varios	253	17,3	32	9,7	285	15,9
N.C.	136	9,3	45	13,7	181	10,1
Total	1.462	100	329	100	1.791	100

$\chi^2 = 34,92$ $P < 0,01$

Tabla 7. Tiempo de adicción.

	Hombres		Mujeres		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
< 1 año	63	4,4	11	3,4	74	4,2
1 año	112	7,9	29	9,1	141	8,1
2 años	147	10,3	42	13,2	189	10,8
3 años	157	11,0	37	11,6	194	11,1
4 años	146	10,3	29	9,1	175	10,0
5 años	149	10,5	23	7,2	172	9,9
6 años	145	10,2	31	9,7	176	10,1
7 años	107	7,5	25	7,8	132	7,6
8 años	76	5,3	14	4,4	90	5,2
> 8 años	94	6,6	15	4,7	109	6,3
N.C.	228	16,0	63	19,7	291	16,7
Total	1.424	100	319	100	1.743	100

$\chi^2 = 10,46$ $P = 0,40$

Tabla 8. Frecuencia del consumo - Ultimo año.

	Hombres		Mujeres		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Abstinentes	15	1,1	1	0,3	16	0,9
Alguna vez al mes	18	1,3	3	0,9	21	1,2
Alguna vez semanal	51	3,6	17	5,3	68	3,9
Una vez al día	127	8,9	27	8,5	154	8,8
Varias veces al día	1.119	78,6	244	76,5	1.363	78,2
N.C.	94	6,6	27	8,4	121	6,9
Total	1.424	100	319	100	1.743	100

$\chi^2 = 5,33$ $P = 0,38$

Tabla 9. Frecuencia del consumo - Ultimo mes.

	Hombres		Mujeres		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Abstinentes	97	6,8	39	12,2	136	7,8
Alguna vez al mes	22	1,5	11	3,4	33	1,9
Alguna vez semanal	69	4,8	16	5,0	85	4,9
Una vez al día	152	10,7	18	5,6	170	9,7
Varias veces al día	1.020	71,6	217	68,0	1.237	71,0
N.C.	64	4,5	18	5,6	82	4,7
Total	1.424	100	319	100	1.743	100

$\chi^2 = 22,76$ $P < 0,01$

Tabla 10. Edad media de inicio en el consumo de heroína para cada valor de edad al solicitar tratamiento.

	Hombres		Mujeres		Total	
	Frec.	Edad media inic. heroína	Frec.	Edad media inic. heroína	Frec.	Edad media inic. heroína
≤ 16	18	15,0	5	13,4	23	14,6
17-18	60	15,8	32	15,4	92	15,7
19-20	156	16,5	41	16,7	197	16,5
21-22	257	17,5	63	17,4	320	17,5
23-24	307	18,4	66	18,6	373	18,5
25-26	249	19,5	49	19,8	298	19,6
27-28	153	21,7	22	21,6	175	21,7
29-30	74	23,0	16	22,7	90	23,0
31-32	59	24,2	8	28,4	67	24,7
33-34	22	26,5	3	29,0	25	26,8
≥ 35	23	30,3	1	27,0	24	30,1
Total	1.378	19,3	306	18,7	1.684	19,2

BIBLIOGRAFIA

1. CIDUR-EDIS. *Juventud y droga en España*. Dirección General de Juventud y Promoción Sociocultural. Ministerio de Cultura. Madrid, 1980.
2. EDIS. *La población española ante las drogas*. Cáritas Española. Documentación Social. Madrid, 1981.
3. NAVARRO J., LORENTE S., VARO J. y Cols. *El consumo de drogas en España*. Cruz Roja Española. Dirección General de Acción Social. Cuadernos Técnicos de Toxicomanías nº 4. Madrid, 1985.
4. COMAS D. *El uso de drogas en la juventud*. Instituto de la Juventud. Ministerio de Cultura. Madrid, 1985.
5. MARQUINEZ F., BALLESTEROS J., QUEREJETA S. y Cols. *Estudio epidemiológico directo sobre consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la población general de Vizcaya en 1980*. Sociodrogalcohol, IX Jornadas Nacionales. Isla de La Toja. Septiembre, 1981.
6. CORTAIRE R., BASTERRA J., VARO J. «Situación en Navarra con respecto al uso de drogas». *Drogalcohol* 1981; VI: 141-51.
7. EDIS. *Juventud y drogas en la ciudad de Salamanca*. Caja de Ahorros de Salamanca. Salamanca, 1982.
8. CALAFAT A., AMENGUAL M., FARRÉS C. y Cols. «Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre estudiantes de Enseñanza Media y Formación Profesional de Mallorca». *Drogalcohol* 1982; VII: 117-26.
9. EDIS. *Necesidades sociales en Andalucía. Consumo de drogas*. Junta de Andalucía. Sevilla, 1984.
10. VARO J. y Cols. *El consumo de drogas en La Rioja*. Escuela de Asistentes Sociales de Logroño. Caja de Ahorros de Zaragoza, Aragón y Rioja. Logroño, 1984.
11. HINOJAL R., BOBES J., HEVIA E. «El uso de drogas entre los adolescentes de Asturias (España)». *Boletín de Estupefacientes*, 1985; XXXVII: 49-54.
12. CALAFAT A., AMENGUAL M., FARRÉS C. y Cols. «Tipología de los consumidores y de los no consumidores de alcohol, tabaco y las drogas ilegales en Enseñanza Media». *Drogalcohol*, 1986; XI: 3-15.
13. TORRES M. S. *Las drogas entre estudiantes de Bachillerato en la provincia de Valencia*. IAM Investigaciones. Valencia, 1986.
14. EDIS. *El consumo de drogas en Aragón*. Diputación General de Aragón. Zaragoza, 1986.
15. DIRECCION GENERAL DE BIENESTAR SOCIAL. *Estudio epidemiológico sobre drogas*. Gobierno de Canarias, 1986.
16. CERDEÑO V., GARCIA A., LENGUAS F. y Cols. «Intoxicación por opiáceos. Casuística, complicaciones y tratamiento». *Revista Clínica Española*, 1984; 172: 103-7.
17. MARTINEZ J. M., DE ZARATE O., FERNANDEZ J. y Cols. «Infecciones graves en adictos a heroína por vía intravenosa». *Medicina Clínica*, 1984; 83: 562-63.
18. VERDAGUER A., LOPEZ J. L., CAMI J. y Cols. «Estudio de los procesos patológicos en 176 ingresos de heroínómanos en un hospital general.» *Medicina Clínica*, 1984; 82: 9-12.
19. GRUPO DE TRABAJO PARA EL ESTUDIO DE LAS INFECCIONES EN DROGADICTOS. «Estudio multicéntrico de las complicaciones infecciosas en adictos a drogas por vía parenteral en España; análisis de 4.643 casos (1977-1985)». *Enf. Infecciosas y Microbiología Clínica*, 1986; 4: 202-6.
20. CAMPRUBI J. «SIDA: Prevalencia de la infección por VIH en los ADVP. Situación actual y posibilidades de actuación». *Comunidad y Drogas*, 1986; 2: 9-17.
21. CAMI J., DE TORRES S., SOLE A. y Cols. «Cambios cardiovasculares y neuropsicológicos durante la desintoxicación de heroínómanos a base de clonidina.» *Medicina Clínica*, 1984; 82: 429-32.
22. CAMI J., DE TORRES S., SAN LL. y Cols. «Efficacy of clonidine and of methadone in the rapid detoxification of patients dependent on heroin.» *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 1985; 38: 336-41.
23. DE TORRES S. «Los programas de mantenimiento con metadona en España». *Comunidad y Drogas*, 1986; 1: 37-43.
24. IGLESIAS F., DIAZ E. ARAUJO M. y Cols. «Características de la población en el centro asistencial de drogodependientes de La Coruña». *Drogalcohol* 1982; VII: 149-67.
25. ROCA F. «Evaluación de un año de funcionamiento de una comunidad terapéutica rural para toxicómanos». *Drogalcohol*, 1982; VII: 75-87.
26. PRADO B., SANCHEZ M. «Toxicomanías: Descripción de una muestra». *Drogalcohol*, 1984; IX: 179-180.
27. MELGAREJO M., SANAHUJA P., MASFERRER J. y Cols. «Estudio de seguimiento en población heroínómana». *Fons Informatiu*, 1986; 1: 1-37.
28. MARTINEZ D., DE LA FUENTE L., ARTEAGOITIA J. M. «Estudio descriptivo de los pacientes heroínómanos asistidos en centros de tratamiento en el período 1981-85». *Comunidad y Drogas*, 1987; 3: 35-60.
29. MUÑOZ P. E., CABALLERO L., MEGIAS E. «El Registro Acumulativo de Drogodependientes de la Comunidad de Madrid». *Actas Luso-Españolas Neurol. Psiquiatr.*, 1986; 5: 379-88.
30. DANIEL W. W. *Biostatistics: A foundation for analysis in the Health Sciences*. Third edition. New York: John Wiley and Sons, 1983.
31. HINDMARCH F. «Drugs and their abuse. Age groups particularly at risk». *British Journal of Addiction*, 1972; 67: 209-14.
32. KANDEL D., LOGAN J. «Patterns of drug use from adolescence to young adulthood I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation». *AJPH*, 1984; 74: 660-6.
33. HOME OFFICE. *Statistics of the misuse of*

- drugs in the United Kingdom*. Statistical Department, London, 1984.
34. PARKER H., NEWCOMBE R., BAKX K. «The new heroin users: Prevalence and characteristics in Wirral, Merseyside». *British Journal of Addiction*, 1987; 82: 147-57.
 35. GARDNER R., CONNELL P. «Opioid users attending a special drug dependence clinic 1968-69». *Bulletin on Narcotics* 1971; XXIII: 9-15.
 36. BLUMBERG H., COHEN D., DRONFIELD E. y Cols. «British opiate users: I. People approaching London drug treatment centres.» *The International Journal of the Addictions*, 1974; 9: 1-23.
 37. PLANT M. «Drug takers in an English town». *British Journal of Criminology*, 1975; 15: 181-86.
 38. INGOLD R., OLIVENSTEIN C. «Conclusiones preliminares de una encuesta epidemiológica sobre toxicomanía en París». *Boletín de Estupefacientes*, 1983; XXXV: 83-90.
 39. MINISTERO DELL'INTERNO. Osservatorio permanente sul fenomeno droga. Roma, marzo, 1987.
 40. VAILLANT G. «The natural history of narcotic drug addiction». *Seminars in Psychiatry*, 1970; 2: 486-98.
 41. BALL J., CORTY E., ERDIEN D. y Cols. *Major patterns of polydrug abuse among heroin addicts. Problems of Drug Dependence 1985. Proceedings of the 47th Annual Scientific Meeting*. NIDA Research Monograph 67, 1986.
 42. WILKINSON D., LEIGH G., CORDINGLEY J. y Cols. «Dimensions of multiple drug use and a typology of drug users». *British Journal of Addiction*, 1987; 82: 259-73.
 43. NURCO D., CISIN I., BALL J. *Use of non narcotic drugs by narcotic addicts. Problems of Drug Dependence 1985 Proceedings of the 47th Annual Scientific Meeting*. NIDA Research Monograph 67, 1986.

Eduardo Paolini*

El modelo sociosanitario italiano en la gestión de las toxicodependencias**

RESUMEN

En el presente trabajo se pretende realizar una aproximación al estado actual del modelo sanitario italiano utilizado para hacer frente al problema de las toxicodependencias. Se toman como referencia: documentación general sobre el tema, datos estadísticos proporcionados por el Gobierno y un estudio de campo de los servicios públicos y privados más representativos en regiones y ciudades cualitativamente desarrolladas.

Quedan esbozados los aspectos más destacados del marco jurídico, la organización de la infraestructura sanitaria, las características particulares de las instituciones observadas y algunos datos epidemiológicos de interés; se concluye con un somero análisis de los elementos centrales del sistema poniendo especial énfasis en lo relativo a la utilización de los métodos grupales en el abordaje del problema.

SUMMARY

The Italian Social Health Care Model for dealing with drug addicts

The purpose of this paper is to take a closer look at the current state of the Italian health care model which is used to confront the problem of drug addiction. The following has been used as a reference: general documentation on the subject, statistical data provided by the Government and a study that was carried out in the field of the public and private services that were considered most representative in the qualitatively developed regions and cities.

The most notable aspects within the legal framework are outlined, the organization of the health care infrastructure, the particular characteristics of the institutions observed and some epidemiological information of interest; it is concluded with a brief analysis of the main elements of the system placing special emphasis on that which is relative to these group methods in the approach to this problem.

La elección de Italia para llevar a cabo una investigación en torno a las toxicodependencias se debe a la existencia de algunas impor-

tantes analogías con España en caracteres sociales y culturales, así como la correspondencia en datos epidemiológicos de enfermedades colaterales. Al mismo tiempo, el sistema creado por este país tiene un diseño muy anterior y está comparativamente más evolucionado que el español, principalmente en las regiones del norte (Veneto y Emilia Romagna), que han sido las privilegiadas en el estudio de campo. Por todo ello, pensamos que puede ser un mo-

(*) Correspondencia: Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Ciudad Universitaria de Cantoblanco, 28049 Madrid.

(**) Este trabajo forma parte de la investigación realizada en Italia (1987), gracias a una bolsa postdoctoral de estudios otorgada por la Dirección General de Política Científica, Plan de Formación del Personal Investigador. Ministerio de Educación y Ciencia.

delo de referencia útil para los especialistas españoles.

Para la información epidemiológica se han tomado como datos de base los proporcionados por los organismos oficiales (calculados sobre todo el territorio italiano). Para la elaboración de las conclusiones se ha tomado como referencia la observación realizada en un conjunto de instituciones que corresponden a las iniciativas públicas y privadas de una región o ciudad previamente determinada. Los centros visitados (cuya relación se adjunta en el Apéndice) pueden ser agrupados de la siguiente manera:

1. Servicios Médicos y de Asistencia Social (pertenecientes a la red del Sistema Sanitario Nacional y creados según el marco de la ley 685/75) (10 servicios).
2. Comunidades Terapéuticas (públicas y privadas) (9 centros).
3. Cooperativas de trabajo e iniciativas de reinserción laboral (públicas y privadas) (6 centros).
4. Servicios Psiquiátricos y Centros de Higiene Mental (públicos) (5 servicios).
5. Centros oficiales dedicados a la prevención primaria (educativos y sanitarios) (2 centros).
6. Centros de planificación, investigación y formación (8 centros).
7. Institutos de formación especializada en grupos y toxicoddependencia (privados) (4 institutos).

Un objetivo adicional de este trabajo ha sido estudiar la utilización de métodos grupales en la coordinación de

equipos interdisciplinarios, tema que ha sido objeto de otra publicación¹; por esta razón, se ha privilegiado el registro de datos relativos a la organización y funcionamiento de cada equipo en el cumplimiento de su tarea y a la «dinámica» natural de cada grupo.

La información ha sido recogida en base a un esquema de observación constituido por: una entrevista individual con el responsable o delegado del servicio; una entrevista con el grupo de profesionales implicados (en los casos en que fue facilitada); observación no participante del funcionamiento general del centro, y documentación sobre los datos estadísticos elaborados por su propio sistema.

Somos conscientes de que la amplitud del objetivo y el procedimiento utilizado para conseguirlo implica necesariamente un sesgo en la interpretación de los resultados al que se debe sumar la escasa disponibilidad de algunos responsables de centros privados a la hora de proporcionar información. Por estas razones, sólo se pretende ofrecer una somera visión, a modo de reflexión, sobre algunos aspectos regionales del modelo socio-sanitario italiano en la asistencia al toxicodependiente.

Recogida de datos
(información analizada)

- a) El marco legal nacional y las particularidades regionales y locales específicas sobre drogodependencias.
- b) Información epidemiológica nacional y características sociodemográficas de la región y ciudad en cuestión.
- c) Historia, composición profesional,

métodos de organización, supuestos teóricos de referencia y filosofía general del servicio visitado.

- d) Sistemas informáticos y diseños de programas de registro para la investigación epidemiológica.
- e) Sistemas de prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de la heroíno-dependencia y enfermedades colaterales.
- f) Métodos para la recogida de información clínica, para el diseño de indicaciones terapéuticas y confección de programas.
- g) La utilización del grupo en su dinámica natural o como método en el tratamiento y rehabilitación de los drogodependientes.

EL MARCO LEGAL

La normativa italiana en materia de estupefacientes presenta claras influencias de la legislación internacional en este tema². La evolución que el fenómeno comenzaba a tener en la década de los setenta se reflejó en la adopción del protocolo de enmiendas de la Organización de las Naciones Unidas (Ginebra, marzo de 1972).

Paralelamente, el problema se introdujo en la legislación interna, que establecía una distinción fundamental entre consumidor, vendedor y traficante de droga. El primero deja de ser considerado como un delincuente o criminal y pasa a ser contemplado como una persona necesitada de asistencia médica, psicológica y social. En este sentido, los toxicómanos procesados deben someterse a curas o tratamientos de recuperación. La ley prevé asimismo la despenalización del consumo personal de cualquier sustancia siempre que su tenencia no exceda una cantidad no especificada; de esta manera, el com-

portamiento adictivo pierde la naturaleza de ilícito penal, pero queda regulado por el ordenamiento civil o administrativo.

La ley 685/1975 («Disciplina de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Prevención, cura y rehabilitación del estado relativo a la toxicodependencia».)³, hoy en estudio para su modificación/sustitución por considerarla superada en algunas de sus partes, resulta incompleta en su filosofía de fondo y poco operativa a nivel nacional (LABOS, 1986)⁴, prevé la creación de servicios públicos específicos y especializados destinados en primera instancia a los tóxicodependientes que acuden a ellos voluntariamente o por mandamiento judicial para ser tratados o en algunos casos derivados a otros centros privados concertados (Comunidades Terapéuticas o Cooperativas).

Las disposiciones relativas al tratamiento de recuperación (arts. 95 y siguientes)³ señalan que éste es en principio voluntario, pudiendo el toxicómano elegir el lugar de la cura y los médicos, así como gozar, si lo desea, del anonimato en las relaciones con las personas encargadas de la dirección del centro terapéutico. La obligatoriedad del tratamiento está sólo prevista en los casos de renuncia o interrupción de la terapia por parte del sujeto reconocido como necesitado de asistencia médico-social (art. 100). Aunque contra el tratamiento coactivo se han hecho numerosas y fundamentadas críticas, los que aplican la justicia esgrimen como argumento de referencia la definición de 1961, donde se declara a la toxicomanía como una enfermedad social ante la que el Estado no puede desinteresarse.

Posteriormente a la promulgación de la ley 685, diversos decretos y disposiciones normativas del Ministerio de Sa-

nidad han regulado de manera progresiva los aspectos concernientes al tratamiento con metadona, analgésicos y morfina^{5,6,7}, restringiéndolos en 1984⁸ a períodos breves de uso. De la misma manera, se ha reglamentado sobre la prevención^{9,10} y el control del estado general de salud del toxicodependiente¹¹. Más recientemente, y como respuesta a la realidad social, se han establecido cauces de información sanitaria relativos al uso de cocaína¹² y medidas de prevención de la difusión del SIDA en la población adicta a la heroína¹³.

Esta normativa ha marcado un paso importante en el desarrollo italiano hacia una consideración moderna y realista del fenómeno de la droga. Se trata, en definitiva, de un complejo de disposiciones, una filosofía y un marco legal todavía incompleto, ya que su acontecer ha dependido sobre todo de factores organizativos y de la voluntad operativa del poder público (estatal y regional), así como de la capacidad de los equipos responsables de los centros de recuperación.

INFRAESTRUCTURA Y ORGANIZACION SOCIOSANITARIA

El Sistema Sanitario Nacional, que

entró en vigor con la Ley de Reforma Sanitaria de 1978 (tres años posterior a la promulgación de la ley 685), y que significó una ruptura, sobre todo con el sistema psiquiátrico tradicional, atribuye importantes tareas legislativas y programáticas a las regiones; éstas operan en base a grandes centros sanitarios (Unidad Sanitaria Local —USL—), que están distribuidos por todo el territorio italiano. A las UUSLL les está confiada la responsabilidad de gestión de todos los servicios sanitarios y sociales, incluidos los dedicados a la toxicodependencia, es decir, que los servicios especializados (SMAS/CTST) operan a través de ellas.

La organización sanitaria cuenta con una red de aproximadamente 734 servicios de asistencia al toxicodependiente¹⁴ (ver cuadro 1: distribución territorial de las estructuras públicas, y cuadro 2: distribución territorial de comunidades terapéuticas), lo que la convierte en una de las más desarrolladas de Europa. La legislación dispone que los servicios públicos funcionen de forma multidisciplinaria para, de esta manera, suministrar la asistencia sanitaria, psicológica y social necesitada por cada sujeto en particular; así, se pretende superar el modelo exclusivamente sanitario.

Cuadro 1. Distribución territorial de las estructuras públicas

Area territorial	N.º	Increment. % (*)
Noroeste	168	25,4
Nordeste	92	5,7
Total norte	260	17,6
Centro	107	7,0
Sur	56	1,8
Islas	31	-8,8
Total nacional	454	10,7

Fuente: elaboración SMAS, ULSS 25. Verona, 1986¹⁵.

Cuadro 2. Distribución territorial comunidades terapéuticas.

Area territorial	N.º	Increment. % (*)
Noroeste	124	25,2
Nordeste	70	42,8
Total norte	194	31,1
Centro	50	25,0
Sur	21	110,0
Islas	15	114,3
Total nacional	280	36,6

Fuente: elaboración SMAST, ULSS 25. Verona, 1986.¹⁵
 (*) El incremento de porcentaje de las estructuras censadas está calculado a partir del censo precedente del Observatorio Permanente del 15/6/1984.

La investigación del CENSIS (Ministerio del Interior. Roma, 1984)¹⁴ sobre la difusión de la toxicodependencia y la cantidad y calidad de las acciones públicas italianas a este respecto pone en evidencia una estrategia de intervención muy diversa entre el servicio público y las comunidades terapéuticas o servicios privados en general, ya que cada estructura tiene sus propias peculiaridades tanto en el tipo de oferta, en la formación de sus trabajadores, como en el abordaje del problema¹⁶.

Según datos del Ministerio del Interior¹⁴, los servicios públicos representan aproximadamente el 69% del total de los servicios existentes sobre el territorio, y las comunidades terapéuticas y otros centros de gestión privada, aproximadamente el 23,5%. La distribución de los servicios, considerada en su conjunto, no es homogénea, y su número es mayor en las regiones septentrionales y centrales (Piamonte 16,8%; Toscana 11,9%; Veneto 9,3%) y menor en las meridionales e insulares. Las regiones que presentan un mayor número de concentración de comunidades terapéuticas son Emilia Romagna (18,9%) y Veneto (15,1%).

Para la realización de los programas destinados a los toxicodependientes se cuenta con una variedad de recursos

desarrollados por cada región para este fin; muchas de ellas elaboran «proyectos objetivos» para afrontar la programación y organización de la gestión del problema en base a las exigencias particulares del territorio, y que incluyen tanto iniciativas públicas como privadas en régimen de concierto.

Como extensión del servicio sanitario nacional se han constituido en cada región los siguientes órganos:

1. Comité Regional para la prevención de la toxicodependencia, que realiza las tareas de organización y control regional sobre los organismos y entes habilitados para la prevención, cura y rehabilitación; se encarga asimismo de la recogida y evaluación de los datos epidemiológicos.
2. Uno o más centros de asistencia sociosanitaria especializados en toxicodependencias (SMAST/CTST), constituidos según la necesidad local y que tienen por finalidad:
 - Brindar la ayuda especializada necesaria a los entes sanitarios locales (casas de cura, centros hospitalarios, médicos en general).

- Determinar la mejor terapia de desintoxicación o tratamiento sustitutivo.
- Efectuar las iniciativas idóneas para la mejor recuperación social del toxicómano.

1. Características de los Servicios Públicos (SMAST)

Estas instituciones, integradas en el Sistema Sanitario Nacional y creadas según el marco de la ley 685/75, están distribuidas de desigual manera en el territorio y se denominan bajo las siglas SMAST (Servicios Médicos y de Asistencia Social al Toxicodependiente), CTST (Centro de Tratamiento Socio Sanitario al Toxicodependiente) o nombres análogos según disposiciones regionales. Todos estos centros, de carácter gratuito, son el primer lugar al que acude el toxicómano (por voluntad propia o por indicación judicial) para someterse a un tratamiento subvencionado. Tienen como objetivo realizar una evaluación global del estado y situación del paciente y, en base a ello, establecer un programa terapéutico y rehabilitador adecuado a las características del usuario. Los programas diseñados, por lo general, incluyen una primera fase de desintoxicación (ambulatoria o en una unidad hospitalaria especializada), el apoyo psicofarmacológico, la asistencia social y la atención psicoterapéutica (psicoterapia individual, familiar y/o de grupo); en los casos en que las condiciones evaluadas así lo aconsejen (y esto se da en una cantidad significativa de ellos), se procede a la derivación a una comunidad terapéutica dependiente del propio servicio o supervisada por él. Habitualmente la última fase de un programa es la inserción en una cooperativa de trabajo o la reinserción laboral a través

de otros programas concertados; en cualquier caso, el servicio debe realizar el seguimiento ambulatorio de sus pacientes.

Los servicios de asistencia al tóxico-dependiente, analizados en base a la oferta (según porcentajes extraídos a partir de los últimos datos disponibles de todo el territorio italiano)¹⁴, presentan las siguientes características:

- Días de apertura: el 40% de los servicios públicos están abiertos 6 días a la semana; el 30% abren los siete días; del 10 al 15%, cinco días, y el resto, de 0 a 4 días. Con respecto a la oferta horaria, para un 35,8% existe una oferta de 0 a 5 horas al día, y, en lo que se refiere al servicio nocturno, sólo el 7% de los servicios lo aseguran. Estos cálculos reflejan una disponibilidad clínica limitada si se tiene en cuenta la necesaria relación que hay que establecer con la particularidad semiótica de los usuarios.
- Tratamiento farmacológico: el 80% de los servicios suministra metadona en pauta decreciente, y de ellos el 60% la administra como forma de mantenimiento más o menos velado de sujetos crónicos. Esta cifra puede reflejar una tendencia en los servicios a mantener el uso de tratamientos farmacológicos que si bien contribuye a la disminución de la «angustia social» encierra la paradoja de sentenciar el estatus de incurabilidad del paciente.
- Tratamiento psico-social: prácticamente la totalidad de los servicios utilizan más de una modalidad de asistencia que, por lo general, se prestan de manera combinada (por esta razón los porcentajes se han distribuido según cada actividad);

el 70% de los servicios utilizan psicoterapia individual; el 20%, psicoterapia de grupo; el 50%, terapia familiar, y el 20%, actividades psicoterapéuticas heterogéneas. La reinserción laboral por iniciativas propias se realiza en el 40%, mientras que el 60% utiliza la derivación a comunidades terapéuticas o cooperativas de trabajo privadas en régimen de concierto. Se observa un creciente interés por las técnicas psicológicas, fundamentalmente aquellas que sirven para el análisis y modificación de las estructuras grupales.

- Equipo interdisciplinario: la totalidad de los servicios cuenta con diversos profesionales (médico, psicólogo, asistente social y enfermería), pero sólo un 20% funciona con modelos operativos lógicos de gestión y con una supervisión técnica externa, lo que en la práctica se traduce en que un gran número de ellos tiene serios problemas en su dinámica interna que obstaculizan el cumplimiento de la tarea en los términos previstos por la ley.

2. Características de las Comunidades Terapéuticas

En Italia existe una gran cantidad de servicios privados no gratuitos entre los que se incluyen las comunidades terapéuticas. Estas instituciones, en su gran mayoría privadas, funcionan con convenios o acuerdos con los organismos públicos regionales y municipales; existen algunas que, si bien dependen de fondos públicos y son supervisadas por los servicios especializados, están gestionadas por trabajadores privados. Para que la Comunidad pueda disfrutar de la ayuda que el Estado asigna por cada toxicodependiente, éste debe ha-

ber sido previamente derivado por una entidad pública. En general, tienen como objetivo la rehabilitación del toxicómano, esto es, liberarlo de su pauta de conducta adictiva y reintegrarlo a la sociedad. Sus métodos se centran en una estricta planificación horaria con un peso fundamental en el trabajo y actividades creativas o de orientación terapéutica, pero que por lo general no incluyen métodos sistemáticos de psicoterapia. El Estado, ante la proliferación de comunidades, está comenzando a ejercer un control y supervisión de sus condiciones y métodos, llegando en algunos casos a prohibir el ejercicio de algunas y promover el concierto con otras.

Reflejamos a continuación algunos datos extraídos de la investigación del Censis¹⁴ sobre las características de estos centros:

- El 32,8% son asociaciones de hecho, el 31,13% asociaciones reconocidas, el 19,31% cooperativas y el resto se diversifica en fundaciones y comunidades públicas o mixtas. Aunque hay una gran diversidad entre las comunidades, la mayoría de ellas tienen una matriz de origen o inspiración católica; por regla general están sostenidas por voluntarios. Ultimamente se observa una declinación de este rol a favor de una mayor profesionalidad.
- Condiciones generales de admisión: motivación para abandonar el tóxico, desintoxicación física y que la familia se involucre en la acogida y el tratamiento. Por lo general, se demanda de manera explícita una participación activa en las reuniones y encuentros (72,64%), el respeto de los horarios (58,49%) y estar disponible para los otros (29%). Un segundo grupo

de normas se encamina a que el usuario acepte la dependencia del centro: no salir solo del recinto, no recibir dinero sin permiso, no disponer de dinero propio, aceptar un control sobre la correspondencia y control médico sobre el uso de fármacos. Como tercer núcleo, las comunidades con reglamentación más estricta incluyen la prohibición de comportamientos que forman parte de la «cultura toxicodependiente», como fumar, beber alcohol, y el control sobre las formas de vestido, música, televisión, etc...

- Actividades. El 96,3% de las comunidades desarrollan actividades laborales y algunas se centran exclusivamente en este método. Por lo general, no se utiliza ningún tipo de

fármacos, y como contrapartida ofrecen un alto interés por el trabajo de orientación (70%), reinserción laboral, asesoramiento legal, información y prevención (82%). Un elemento aglutinador importante y destacado en la mayoría de este tipo de estructuras es la existencia de un líder formal vinculado a la propia existencia de la comunidad y con gran influencia sobre los residentes.

El análisis comparativo entre servicios público y comunidades terapéuticas en lo relativo a: actividades (cuadro 3), motivación profesional (cuadro 4) y formación (cuadro 5), se ilustra según las conclusiones extraídas de la investigación de LABOS (Ministerio del Interior, Dic., 1986)⁴.

Cuadro 3.

Actividades	Servicio Público	Comunidad Terapéutica
Relaciones con otros entes y/o instituciones (Magistratura, Entes Locales, Prevención)	22,80%	17,14%
Psicoterapia individual, familiar y de grupo	16,95%	21,58%
Intervención farmacológica	15,68%	9,32%
Consulta	10,56%	9,20%
Prevención e información	8,16%	7,30%
Trabajo con familia	8,00%	7,93%
Laboratorios	2,58%	12,70%
Acogida	1,44%	4,76%
Otras	1,92%	3,49%
Fuente: LABOS, 1986 ⁴ .		

Cuadro 4.

Motivaciones profesionales	Servicio Público	Comunidad Terapéutica
Elección personal	27,6%	82,1%
Elección profesional	37,0%	12,3%
Dispuesta por superiores	12,6%	—
Unico empleo encontrado	11,8%	—
Reconversión de estructura precedente	5,9%	—
Otros motivos	5,1%	4,7%
Fuente: LABOS, 1986 ⁴ .		

Cuadro 5.

Participación en cursos de formación	Equipos públicos	Equipos privados
Estado de toxicodependencia	74,8%	92,5%
Tratamiento de deshabitación	73,0%	89,6%
Farmacología	—	87,7%
Aspectos estadísticos-epidemiológicos	—	77,4%
Aspectos normativos	76,0%	75,5%
Instrumentos encaminados a la definición precisa de la identidad profesional	79,1%	75,5%
Instrumentos de investigación para conocer y verificar las intervenciones efectuadas	77,2%	—
Modalidad de activación de una red de relación con el territorio	72,0%	—
Fuente: LABOS, 1986 ⁴ .		

35

EPIDEMIOLOGIA

En primer lugar, es necesario especificar qué se entiende por toxicodependencia en los estudios epidemiológicos italianos, esto es, determinar cuál es su objeto formal de estudio. En este sentido, una de las investigaciones más fiables¹⁴ toma como objeto a aquellos sujetos que están en una fase de «toxicofilia»; esto es, la del consumo ocasional y/o no compulsivo ni de absoluta dependencia de la sustancia, sin que necesariamente se hayan configurado todavía como toxicómanos, pero que restringen el campo de la experiencia al mundo de la droga negándose cualquier otro interés o actividad.

Como reconocen los responsables del estudio anteriormente citado («Centro studie investimenti sociali» —CENSIS—), el concentrarse sobre la población toxicodependiente los ha puesto a la fuerza en situación de ver a la población que acude a los servicios (fundamentalmente heroínómanos), categoría que constituye por otra parte el verdadero objeto de la preocupación social en el sector. Prácticamente todos los estudios epidemiológicos se han ocupado de la adicción a la heroína, en tanto en Italia es prácticamente irrelevante la cantidad de individuos que denuncian la dependencia de otras sustancias o soliciten ayuda o sostén a los servicios y a la sociedad¹⁴.

Ante un problema como el de la toxicoddependencia, no es adecuado limitarse a datos directos a la hora de realizar una evaluación, ya que su carácter multiforme y su realidad sumergida no permiten una correcta estimación a través del método tradicional del censo y es necesario atenerse a aproximaciones hechas en base a datos indirectos. Los principales indicadores indirectos disponibles son los recogidos por la Dirección General Antidroga del Ministerio del Interior a través de las Fuerzas del Orden y relativas a la actividad de control y represión de tráfico; éstos comprenden las muertes provocadas por la droga, las sustancias decomisadas, las personas denunciadas o «señaladas» y los hurtos o atracos relacionados con la adicción. Según estas fuentes, el consumo desde 1973 a 1978 sufrió un progresivo aunque ligero incremento, produciéndose en 1978

un notable salto cuantitativo que alcanzó su cota más alta en el año 1983/84.

Si bien los indicadores de mortalidad por sobredosis no pueden ser considerados directamente proporcionales al número de toxicodependientes (en tanto la muerte está ligada a variables no constantes en el tiempo y en el espacio, como la cantidad y la pureza de la sustancia absorbida por el organismo, la impericia o la modalidad de uso), sí pueden ser considerados como un impacto sobre la opinión pública y por tanto proporcionales al estado de la preocupación social. En el cuadro 6 se exponen algunas cifras indicadoras que muestran un aumento constante de la mortalidad, a lo que se debe sumar que desde 1985 los heroinómanos representan en Italia el grupo principal de pacientes afectados del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

Cuadro 6.

Muertes por droga en Italia		
1973 : 1	1978 : 62	1983 : 259
1974 : 8	1979 : 126	1984 : 397
1975 : 26	1980 : 206	1985 : 242
1976 : 31	1981 : 237	1986 : 292
1977 : 40	1982 : 252	1987 : 516

Fuentes: Dirección General Antidroga. Ministerio del Interior.

La Dirección Central para la Documentación del Ministerio del Interior ha intentado realizar un cuadro lo suficientemente amplio, articulado y completo del fenómeno computando datos reales y valores estimados sobre la base de una acumulación de investigaciones previas (cuadro 8) y con el objeto fundamental de valorar cuantitativamente y cualitativamente el fenómeno en sus aspectos sumergidos. El resultado obtenido (alrededor de 328.000 sujetos relacionados con la droga) arroja la relación de un toxicodependiente por cada 171 habitantes, porcentaje que baja aún más, si se considera la fase com-

prendida entre los 15 y 34 años («edad de riesgo»).

En términos de zona geográfica, se evidencia que el área central (29,5% del total de la población) presenta una incidencia prevalente del 8,5/1.000; le siguen las áreas septentrionales (40,1% del total nacional) y la nororiental, que presenta una relación toxicoddependencia/población del 6,5 por 1.000 habitantes. Aunque el cálculo de la población sumergida es siempre incierto, puede ser interesante la prospectiva elaborada por el CENSIS (cuadro 7).

Cuadro 7. Habitantes y toxicodependientes por áreas geográficas

Área geográfica	Población residente N.º habit.	Residentes en el área de mayor incidencia		Estimación toxicómanos Número	Densidad toxicómanos por 1.000 residentes
		N.º habit.	% total		
Noroeste	15.266.458	8.062.338	52,81	63.950	4,19
Nordeste	10.349.499	4.950.166	47,83	67.600	6,53
Centro	10.754.921	7.841.414	72,91	93.450	8,69
Sur	13.432.237	5.601.379	41,70	64.870	4,83
Islas	6.449.546	3.203.341	49,67	37.900	5,88
Italia	56.252.661	29.658.638	52,72	327.770	5,83

Fuente: elaboración CENSIS (1984) sobre datos de la Dirección Central para la Documentación, Ministerio del Interior¹⁴.

En lo que se refiere a la eficacia, según la última estimación⁴, los sujetos rehabilitados (entendiendo por tales a aquellos sobre los que se tiene un control de las recaídas) se sitúan en torno al 15-20% de los usuarios del servicio público (ver cuadro 8: sujetos en tratamiento estructura pública). No se poseen datos fiables de los índices de remisión en los centros privados que poseen un alto porcentaje de sujetos en tratamiento (ver cuadro 9: sujetos en

tratamiento público y privado por regiones). Es importante tener en cuenta, desde el punto de vista estadístico, el hecho de que las instituciones privadas son, en no pocas ocasiones, aquellas que se hacen cargo de las últimas fases del proceso de rehabilitación de los toxicodependientes; de la misma forma, los resultados entre servicio público y privado no son comparables, en tanto el primero no puede ni debe efectuar una selección de sus usuarios.

37

Cuadro 8. Sujetos en tratamiento (estructura pública)

Sexo	Tratamiento		Total
	Sustitutivo	No sustitutivo	
Masculino	14.634	8.348	22.982
Femenino	3.511	1.958	5.469
Total	18.145	10.306	28.451

Fuente: Observatorio Permanente (septiembre de 1985)¹⁵.

Cuadro 9. Sujetos en tratamiento por regiones (datos de todo el territorio nacional)

Regiones	Sujetos en tratamiento	
	Centros públicos	Centros privados
Lombardia	2.369	797
Lazio	2.237	341
Liguria	1.911	191
Campania	1.844	73
Emilia Romagna	1.700	1.063
Veneto	1.283	341
Piamonte	1.049	354
Toscana	743	561
Total	13.126	3.721

Fuente: Observatorio Permanente 25/6/1985¹⁵.

Con respecto a los índices de afectados, agrupados según la variable sexo, el CNR¹⁷ señala una prevalencia del sexo masculino de aproximadamente el 80% en población mayor de edad; en menores, la proporción está alrededor de 35 mujeres por cada 100 hombres. Asimismo se ha observado un aumento de la venta por parte de mujeres menores, mientras que en los pequeños traficantes masculinos, la clase que aumenta es la que va de 26 a 40 años. Estos datos contrastan con el mayor incremento de mortalidad en el sexo femenino. Con relación al tipo de tratamiento de base (sustitutivo o no) en el sistema público, y a la incidencia por sexo en esta población, ver cuadro 9 (realizado cuando en la misma fecha eran seguidos 4.930 sujetos en los servicios de tipo residencial censados).

Las personas involucradas en el consumo de heroína poseen características muy variadas y no necesariamente están ligadas a una historia individual compleja de marginación o de sufrimiento psíquico manifiesto; de todas maneras, la iniciación en el consumo se encuentra generalmente vinculada a una situación básica de carácter depresivo (percepción del ambiente como duro o dificultoso, sentimientos ambivalentes, ausencia de motivación y satisfacción en las actividades cotidianas —«vacío vital»—, escasa tolerancia a la frustración y a la espera, conflictos familiares, carencias afectivas, etc.). Estas características son inherentes a las edades de sujetos de riesgo (15-22 años); probablemente, el efecto tóxico neutraliza los sentimientos egodistónicos sin necesidad de un particular esfuerzo o sufrimiento psíquico.

La correlación de datos entre servicios de área metropolitana y rural indican un 7-8% de sujetos en tratamiento

que se caracterizan por una enfermedad psíquica relevante; la historia de los mismos demuestra cómo la heroína, alucinógenos, anfetaminas o cocaína han actuado como desencadenantes y no como causa principal.

El fenómeno, aunque prevalente, no es exclusivo del mundo juvenil. El uso esporádico de heroína comienza alrededor de los 15-16 años en la parte más baja de la pirámide de edad, mientras en la parte alta alcanza los 37-40 años. En la práctica, casi el 100% de las personas que están implicadas en venta, tráfico y abuso de sustancias estupefacientes y psicotropas tienen entre 14 y 40 años, la edad más expuesta es la que va de 20 a 25 años, le siguen en orden decreciente la de 18-20, 25-30 y 15-18. En el conjunto, las indicaciones terapéuticas por mandamiento judicial a menores muestran una tendencia a disminuir, aun en aquellas regiones en las cuales la tasa global continúa en aumento¹⁷.

El toxicodependiente, así como el consumidor ocasional, está siempre implicado en una trama vital marcada de uso-abuso de drogas legales (alcohol, psicofármacos) y de drogas ilegales (heroína, cocaína).

En la práctica, el 96,3% de los usuarios del servicio público son adictos a la heroína¹⁸; aunque diversos sujetos, en la aproximación inicial eran consumidores de drogas legales, y la heroína no estaba presente o no era la droga fundamental de su adicción.

CONCLUSIONES

a) Evolución epidemiológica

Actualmente, el problema de las toxicomanías en Italia, particularmente en

lo que se refiere a la adicción a la heroína, parece haber alcanzado una cierta estabilización, cediendo el paso a una nueva modalidad de consumo ocasional y al uso y abuso de drogas legales e ilegales en expansión. Esto se evidencia en la diversificación del mercado clandestino, el incremento de alijos de cocaína aprehendidos y en el significativo aumento de la pureza de la heroína incautada en los últimos años (del 9-12% al 60-95%)⁴. La sedimentación del fenómeno de la heroíno-dependencia ha incidido en la disminución de la «angustia social» generada en torno al mismo y está ocupando su sitio un problema colateral pero de características y alcance muy diverso como es el SIDA.

b) Población afectada

Las edades de inicio en el consumo coinciden con la entrada en la adolescencia, y este hecho parece estar relacionado con la reorganización de la identidad que se produce en ella. En esta etapa del ciclo vital se comienzan a manifestar las primeras pautas adictivas de conducta que, por lo general, son incentivadas y sostenidas por el grupo de referencia en el que se apoya la personalidad del adolescente. Existe, desde el punto de vista estadístico, una marcada prevalencia del sexo masculino, posiblemente relacionada con un mayor silencio clínico del sexo femenino, y fundamentalmente con la impronta cultural que determina la diferencia psicosocial de los sexos y sus correspondientes objetos de deseo y consumo. Los dispositivos asistenciales han sido creados básicamente por la gran incidencia de adicción a la heroína; actualmente se observa un envejecimiento de esta población y el cambio de sus pautas adictivas (ocasionales), como asimismo el aumento pro-

gresivo de otro tipo de tóxicos integrados en subculturas determinadas.

c) Etiología

Parece existir un consenso generalizado sobre la necesidad de realizar una interpretación multifactorial del fenómeno, en cuya etiología podemos encontrar la interacción de variables muy dispares: genéticas, precozmente adquiridas, circunstanciales, grupales, culturales, socioeconómicos, desencadenantes y del efecto tóxico en sí. Estos factores intervienen complementariamente, por lo que ya no se razona en términos causa-efecto, sino en términos de probabilidad; sin embargo, no es necesario destacar la relación existente entre los factores de personalidad y la estructura familiar como determinante en la situación individual de riesgo durante la adolescencia^{15, 19, 20, 21, 22, 23, 24}

d) Tratamiento

En la actualidad es un hecho indiscutido que la dependencia física de la heroína se resuelve con métodos relativamente sencillos y rápidos, por lo que el síndrome de abstinencia no constituye un problema en sí, con la excepción de su valor de mito con fuerza de carácter sugestivo aún vigente en algunas subculturas; pero también es un hecho habitual la cronificación de esta pauta de conducta, y el peligro potencial de la reincidencia en el consumo es la regla.

Neutralizar el gran poder del efecto tóxico de los opiáceos no es tarea fácil, ya que siempre tendrá más fuerza que cualquier oferta terapéutica no farmacológica pueda ofrecer. El Ministerio de Sanidad tiende a restringir el uso de la metadona a tratamientos breves,

pero quizá los fracasos en los intentos de conseguir una desintoxicación permanente expliquen la existencia de tratamientos velados con fármacos analgésicos-narcóticos. Se tiende a la disminución progresiva de la medicación, haciendo paralelamente un acercamiento psicológico y social, donde el objetivo es que los sujetos consigan un equilibrio en su sentido más general, esto es, que se sientan compensados en y con su vida cotidiana.

La evaluación es el primer paso necesario para realizar una indicación terapéutica específica, y en ella se debe considerar: la historia del sujeto, su manera de establecer relaciones, la motivación al tratamiento y el diagnóstico diferencial de otras manifestaciones psicopatológicas. En base a esta información, se diseña un programa terapéutico adecuado a las características del usuario, cuya planificación implica el cumplimiento de varias fases en las que se usan los siguientes métodos: entrevistas individuales, entrevistas y/o tratamiento familiar, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo y rehabilitación por la convivencia y el trabajo. En la evaluación del grado de rehabilitación alcanzado no se debe perder de vista que difícilmente se logra de manera total antes de los cinco años.

e) Problemas emergentes de los servicios especializados

El análisis y las investigaciones realizadas en Italia sobre el funcionamiento de su propio sistema pone en evidencia un tipo de intervención completamente diversa en los servicios públicos y en los privados. Cada uno de ellos posee sus propias peculiaridades que no pocas veces se contradicen entre sí, ya sea en el tipo de oferta, en la

formación de sus trabajadores o en la modalidad concreta de la intervención. Esto se traduce en la práctica en una cierta falta de coherencia y por tanto de descoordinación entre el sistema en general y algunos programas en particular.

La confusión de marcos teóricos y técnicos de referencia como factor subyacente impide una rápida adaptación a los cambios que se generan en relación al fenómeno de la droga y a los progresos científicos realizados, desencadenando con frecuencia en los profesionales una falta de motivación, el olvido de la tarea (razón de ser de la institución) y la instauración de procesos burocratizados o poco eficaces; esto se traduce en el trabajo cotidiano en un bajo índice de permanencia y un alto grado de rotación.

La realidad observada parece demostrar que el desarrollo de los servicios tiende hacia un tipo de gestión operativa y plural, en la que la dinámica grupal y la interacción poseen un valor nuclear. Consecuentemente, existe una creciente demanda de formación sistemática en métodos grupales polivalentes, así como la necesidad de encontrar alternativas no conflictivas capaces de tramitar la ansiedad que genera este tipo particular de trabajo y que repercute negativamente en el funcionamiento del grupo.

La sedimentación de la experiencia de los equipos demuestra que uno de los problemas centrales sigue siendo el paso de la estructura burocrática multidisciplinaria a un funcionamiento horizontal interdisciplinario; o, dicho en otros términos, pone en evidencia la necesidad de encontrar métodos aptos para lograr una eficaz gestión de los servicios.

f) Comunidades terapéuticas y voluntariado

La gestión inicial de la asistencia a los adictos a la heroína en Italia se hizo sin una lógica asistencial planificada, quedando espacios de acción vacíos que fueron progresivamente cubiertos por iniciativas privadas, sobre todo en la modalidad de comunidad terapéutica. La filosofía que generalmente sustenta este tipo de centros hace hincapié en el aspecto social y marginal del problema y no en su enfoque médico o psicológico. El voluntariado que realiza la mayor parte de la labor, entre los que se encuentran extoxicodependientes, si bien es indispensable para la capilarización del trabajo, en la práctica, algunas veces, carece de formación y de un suficiente análisis de las motivaciones, factores ambos indispensables para una gestión profesional y eficaz.

Digna de ser destacada en la mayoría de las comunidades terapéuticas es la presencia de un fuerte líder carismático o figura de identificación que asume la dirección de las mismas; creemos que este fenómeno, frecuentemente constatado y ocasionalmente factor de manipulación, debería ser investigado más en profundidad en relación con la estructura de personalidad y el tratamiento del toxicodependiente, como así también de cara a establecer una estricta supervisión oficial de los mismos.

g) Evaluación de la eficacia

No es posible establecer una evaluación comparativa entre los resultados obtenidos en el servicio público y las instituciones privadas en tanto, como ya hemos señalado, el primero no puede y no debe efectuar una selección de los usuarios, y la mayoría de las veces

un mismo usuario pasa por diversos centros. Algunas ciudades del sistema italiano (Venecia, Padua, Verona, Gorizia) pueden ser tomadas como modelo de la necesidad de integración coordinada de ambos tipos de servicios dentro de una estrategia que contemple la movilización de todos los componentes sociales, tanto institucionales como de sociedad civil. El modelo italiano es operativo porque su capilarización social le permite que cada adicto tenga un sitio, una alternativa, y de esta manera contiene parcialmente la opinión pública, pero sus índices de rehabilitación, como es habitual en el tratamiento de cualquier toxicofilia, están también sujetos a la recaída.

h) Profesionales especializados

Conviene destacar la implicación personal que conlleva este trabajo, por lo que parece decisivo acceder mediante una libre elección profesional; los más jóvenes parecen estar más motivados y ser más indicados para realizarlo. Un mínimo de garantía en la eficacia de la gestión requiere una formación general y especializada de los profesionales. Actualmente se concede prioridad a la ampliación de los modelos interpretativos y al conocimiento de los procesos grupales: el grupo como forma de acogida, apoyo o terapia familiar, en la co-gestión o autogestión de cooperativas de trabajo, y como método para el funcionamiento de los equipos interdisciplinarios de cara al diagnóstico, orientación terapéutica y tratamiento.

i) Prevención primaria

En general, se concede prioridad a la creación de modelos operativos de prevención primaria de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Comu-

nidad Europea, para ser aplicados en los centros docentes, en el servicio militar y en las poblaciones de riesgo. En la actualidad dichos modelos tienden a evitar mensajes específicos o puramente informativos en torno a la droga, ya que se ha demostrado que resultan ineficaces y contraproducentes. El tipo de formación privilegiada es la encaminada a una educación integral para la salud (calidad de vida). Es de señalar el énfasis puesto sobre el problema «dependencia» en el sentido más amplio del término, así como de la modificación de la actitud social (opinión pública) de cara al toxicómano. El objetivo central de este tipo de prevención es la formación de una personalidad responsable y socializada, que tienda a la independencia de la persona a través de una educación permanente; evitan, por lo tanto, la difusión de mensajes moralistas o paternalistas y la realización de campañas propagandísticas informativas.

j) Investigación

La aproximación al fenómeno de la toxicodependencia, en general, y de opiáceos, en particular, se ha desarrollado en el último decenio en forma singular respecto a otros países europeos. Italia se ha caracterizado por la investigación de las causas más que por la comprensión y racionalización del fenómeno; esto ha repercutido en una cierta tendencia a una política de intervención ideológicamente contaminada o confusa en lo que respecta al rol y la función del servicio público en el sector.

k) Objetivos clínicos

El significado de «curación» es complejo y no siempre unívoco en este

campo, por lo que no puede ser evaluado con parámetros provenientes del modelo sanitario clásico. En este sentido, el trabajo terapéutico con el toxicómano puede ser considerado como un paradigma del modelo clínico-social; éste sería una nueva forma de concebir el tratamiento, no sólo de toxicófilicos, sino en general de aquellos sujetos con trastornos egosintónicos. Es importante tener en cuenta que el equipo terapéutico no puede brindar las motivaciones de base para salir de la dependencia y que, por lo tanto, el objetivo central del tratamiento debe girar en torno al aprendizaje del proceso sublimatorio; éste sólo se puede dar desde el exterior hacia el interior, es decir, a través de la experiencia pensada y consideramos al grupo como el instrumento idóneo para comenzarla.

l) Métodos grupales

De las muestras del estudio de campo se desprende que los únicos métodos grupales previamente definidos teórica y metodológicamente (categorizados según escuelas conocidas) son: el enfoque sistémico y relacional (escuelas de Milán y Roma), el modelo del group-analysis (escuela de Roma), y la teoría y técnica de los grupos operativos (escuelas de Venecia y Bolonia); las últimas poseen un origen estrechamente vinculado al modelo psicoanalítico.

Parece existir una convergencia epistemológica reconocida entre la teoría de la técnica del grupo-análisis y de los grupos operativos, que en algunos ámbitos ya ha quedado lo suficientemente explícita²⁵. Actualmente se están desarrollando trabajos teóricos sobre estas coincidencias, también constatadas en el centro de grupo análisis de Roma.

Los tratamientos sistémicos se centran en la familia como objeto material y formal de trabajo. Presentan una correspondencia con el grupo-análisis y el grupo operativo en tanto todos consideran al síntoma como un signo que expresa la disfunción del sistema en el que está inserto; en este caso, del grupo de pertenencia del paciente. Es en definitiva, lo que se entiende por la coordinada horizontal del comportamiento según el marco referencial operativo.

Si bien existen coincidencias generales significativas a tener en cuenta a la hora de construir una teoría general sobre grupos, en la práctica se observan divergencias metodológicas importantes; se puede subrayar la diferencia en la estructuración del campo terapéutico («setting»), por ejemplo: la escuela de Milán establece un mes de intervalo entre una entrevista familiar y la siguiente, y además da indicaciones precisas para incidir sobre la estructura grupal en ese período; mientras que, con el método de los grupos operativos, se lleva a cabo un seguimiento y

análisis periódico «in situ» no sólo de la red de comunicación, sino también sobre la particular influencia de la misma en cada sujeto (dimensión vertical del comportamiento) y la integración que cada miembro hace de la dialéctica dentro-fuera.

Experiencias terapéuticas sistémicas con toxicodependientes (como por ejemplo, la del servicio público de la ciudad de Padua) han demostrado que los períodos muy prolongados entre una entrevista y otra no facilitan el cambio y determinan en muchos casos un factor de neutralización a la aproximación terapéutica.

En cualquier caso, si bien se reconoce la importancia de los métodos grupales en el tratamiento de toxicodependientes por considerarlo como un problema de dimensión psicosocial, pocos son los servicios que emplean métodos sistemáticos de formación y supervisión de la tarea, y muchos aquellos que tienen problemas derivados de esta carencia.

43

APENDICE

Relación de centros observados:

1. Servicios médicos y de asistencia al toxicodependiente (SMASST o CTST) de la red del Sistema Sanitario Nacional (según marco ley 685/75):

- SMASST de Venecia (Sta. Lucía): psicoterapia individual y grupal de orientación dinámica. Tratamiento de la familia, y grupos de apoyo a padres de toxicómanos.
- STA de Castelfranco Veneto (Hospital General de la USL 13): mantenimiento asistencia social, psicoterapia individual y familiar.
- SMASST de Verona (USL 25): unidad operativa de investigación del Consejo Nacional de Investigación (CNR), Comisión Regional para el control del SIDA. Desarrollo de investigación y programas pilotos específicos. Psicoterapia grupal.
- SAT de Padua (USL 21): tratamiento de la familia con orientación sistémica y psicoterapia individual.
- CMAS de Trento (Provincia Autónoma): acogida, atención ambulatoria y preparación para la comunidad te-

- rapéutica; análisis y seguimiento de la relación con la familia. Modelo de referencia psicoanalítico.
- CTST de Modena (USL 16): orientación sociológica, supervisión externa del equipo, orientación analítica y sistemática.
 - CTST de Rimini (UUSLL 40 y 41): marco referencial método de los grupos operativos con supervisión externa («Istituto dei Psicologia Sociale Analitica»). Elaboración de programas terapéuticos que incluyen estructuras articuladas, además de la psicoterapia individual, grupal y familiar.
 - SAT de Roma (USL 18): mantenimiento, psicoterapia familiar e individual sistémica con supervisión externa («Centro di Studi di Terapia Familiare»).
 - SAT de Roma (USL 1): mantenimiento. Delegación CNR para la Comisión de la Comunidad Europea, elaboración del *Concertes action on standardization of Epidemiological Surveillance System of Illicit Drugs*.
 - SAT de Roma (USL 5): mantenimiento, tratamiento individual y familiar.
 - Comunità Amicia. Padua: centro aislado creado por iniciativa de un sacerdote rural, y que acoge fundamentalmente a sujetos en libertad condicional. Sólo varones, 7 personas, de edad media 30-35 años; disciplina laxa. Tratamiento a través del trabajo (floricultura, carrocería, transporte), y del desarrollo de los conocimientos previos. Método del grupo «Abele» (Torino).
 - Comunità La Garlanda. Padua: unidad perteneciente al «Proyecto Hombre» (CEIS), para sujetos en última fase del proceso de rehabilitación; en el caso de incumplimiento de las normas, vuelven a empezar desde la primera fase. Mixta, 12 plazas. Tiene como objetivo el aprendizaje de un trabajo y de los métodos de gestión cooperativa (ver Cooperativa Il Ponte).
 - Comunità La Genovese, Verona: financiada por el ayuntamiento de Verona y supervisada por la USL 25; se gestiona por una cooperativa privada de voluntarios. Está organizada en dos estructuras residenciales: una para usuarios en la primera fase del programa terapéutico (mixta, 15 plazas), y la otra para la última fase del programa de reinserción (6 plazas). Conceden gran importancia a la vida y trabajo en grupo. Horticultura, cría de animales de granja, carpintería. Relación sistemática con los grupos familiares.

2. Comunidades Terapéuticas:

- Comunità Incontro. Padua: es uno de los centros de la red italiana coordinada por un sacerdote, padre espiritual de los mismos. Sólo varones, 20 plazas; disciplina rigurosa, no hay espacio para la intimidad; tratamiento a través del trabajo rural y de la fe. Los coordinadores responsables de cada comunidad son extoxicodependientes.
- Comunità Tempesta, Gorizia: concertada con diversas unidades socio sanitarias locales, gestionada con el método de los grupos operativos, con supervisión técnica externa («IPSA»). Mixta, doce plazas; respeto del reglamento interno y relación con el entorno fluida. Actividades agrícolas y culturales, grupos

terapéuticos y seguimiento de la reinserción.

- San Patrignano, Rimini (Forli): sociedad privada fundada por un particular y sus colaboradores en 1979, muy conocido y polémico en Italia por sus métodos no ortodoxos. Finca en donde viven aproximadamente 600 toxicodependientes, cifra que la convierte en una de las más voluminosas de Europa y del mundo. Gran cantidad de grupos familiares con sus hijos. Inexistencia de profesionales; rehabilitación a través del trabajo y de la vida en comunidad. Autogestión económica dentro de una estructura piramidal, explotaciones agrarias, cría caballar, confección de peletería, imprenta publicitaria, etc., con nivel de competencia en el mercado.
- Vallechio, Rimini (UUSSLL 40 y 41): coordinada por el CTST. Mixta, 30 plazas; actividades agrícolas y educativas. Disciplina gestionada con grupo operativo supervisado. Cinco profesionales con actividades de preparación de cada semana laboral y redefinición periódica del programa terapéutico de cada usuario.
- Camparta, Trento: comunidad coordinada por el CMAS. Mixta, 25 plazas. Actividades agrícolas y educativas. Se propugnan los métodos de autogestión. Grupos de psicoterapia coordinados por un especialista de la Universidad de Padua, modelo de referencia psicoanalítico.
- C.E.I.S., Roma: casa central de lo que se conoce por «Proyecto Hombre», programa de inspiración religiosa que abarca gran cantidad de estructuras distribuidas por todo el territorio italiano como son las casas de acogida, las comunidades

terapéuticas, las cooperativas de trabajo y las casas de reinserción que suelen ser las únicas no mixtas. Todo el sistema tiene una organización piramidal y cuenta con un «staff» profesional central y con una casa de formación de operadores que por lo general son voluntarios y ex toxicodependientes.

3. Cooperativas de trabajo y reinserción laboral:

- Centro polifuncional de Gorizia: servicio de apoyo a la organización sanitaria del territorio. Promueve diverso tipo de actividades socio culturales y de ayuda a la reinserción (Cooperativa Arcobaleno), además de centros específicos para niños huérfanos y tercera edad.
- Sector Social de la USL 21, Padua (Ufficio tossicodipendenze): coordinación y supervisión de todas las iniciativas privadas del territorio destinadas a la toxicodependencia y que disfrutan de subvenciones.
- A.C.A.P., Padua: empresa pública de autobuses urbanos convencio-nada con la USL 21. Los ex toxico-dependientes en fase de reinserción prelaboral, colaboran en la subida y bajada de minusválidos de microbuses especiales para esta tarea.
- Cooperativa Il Ponte, Padua (Saonara): Concertada, es un núcleo del «Proyecto Hombre» del CEIS. Se propone funcionar como organización empresarial, con investigación del mercado, producción y venta. Impresión gráfica, diseño, etc.
- Cooperativa Vénere, Padua: funcio-

na dentro de los terrenos del Hospital Psiquiátrico de Padua. Floricultura, horticultura y cerámica. Reciben clases semanales de profesores de la Escuela Profesional.

- Centro Fiori, Rimini: dispositivo de reinserción laboral de las UUSSLL 40 y 41. Cuenta con diversos sectores (náutico, serigrafía, artesanado, etc.) de los cuales son responsables artesanos o profesionales especializados que coordinan y supervisan la actividad.

4. Servicios psiquiátricos y centros de higiene mental:

- Servicio psiquiátrico de diagnóstico y cura, USL 31. CAVARZERE: inserto en un hospital general, trastornos psiquiátricos agudos de corta estancia.
- Servicio de higiene mental, USL 31. Adria: servicio con prestaciones preventivas secundarias de ámbito territorial.
- Hospital Psiquiátrico de Rovigo: pacientes de larga estancia, terminales; en fase de reconversión.
- Servicio de Higiene Mental, Bolonia: ambulatorio de los barrios «Barca» y «Costa-Saragozza», competencia de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Bolonia. Asistencia preventiva y terapéutica a pacientes jóvenes y adultos. Psicoterapia individual, familiar y grupal. Metodología de grupos operativos con supervisión externa (IPSA, Venecia).
- Instituto de Clínica Psiquiátrica «Otonello», Universidad de Bolonia: actividades académicas (escuela de especialización en Psiquiatría), y clí-

nicas (servicio externo e ingresos de corta duración). Organización de toda la estructura a través de métodos grupales con moderador rotante, originalmente técnica operativa.

5. Prevención Primaria:

- Provveditorato agli studi, Padua (servicio de educación para la salud y la prevención de la toxicodependencia): organismo del Ministerio de Educación encargado de todo lo relativo a la enseñanza elemental, media y superior. El servicio organiza y pone en práctica las disposiciones de la ley 685 en lo que concierne a la prevención primaria. Se destaca en el contexto italiano por su efectividad en la pedagogía activa a través de la utilización de métodos grupales, tanto con los alumnos como con el profesorado.
- SMAST de la ULSS 25 (Coordinamento dei Servizi per le tossicodipendenze per le Commissioni Regionale per il controllo dell' AIDS). Verona: detección, investigación de métodos y desarrollo de programas preventivos específicos sobre el SIDA.

6. Centros de planificación, investigación y formación:

- Comité de la Región Veneto. Padua: organización, planificación y control de las estructuras de asistencia médica y social, y de los programas de formación especializada (fundamentalmente métodos grupales) para profesionales en toxicodependencia de los servicios regionales.
- Università degli studi di Venecia: Departamento de Filosofía y Teoría

de la Ciencia, Cátedra de Psicología. Investigación sobre el grupo como objeto y como método; epistemología convergente con los grupos operativos.

- Università degli studi di Padua: Curso de *laurea* en Psicología. Cátedra de Psicopatología General y de la edad evolutiva. Investigación en psicoterapia de grupo con toxicodependientes; epistemología abierta de orientación dinámica.
- Università degli studi di Bologna: Departamento de Ciencias de la Educación. Investigación específica (proyecto CNR) sobre mecanismos rupales que consolidan la conducta adictiva.
- Università degli studi di Roma: Curso de *laurea* en Psicología. Investigación sobre el papel del psicólogo en la reforma psiquiátrica y método sistémico en toxicodependencias.
- Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), Verona y Roma: proyectos de investigación sobre toxicomanía y dependencia (M.E.TO.DI.), SIDA, y participación en la confección del protocolo europeo único.
- Policlínico de la USL 16. Hospital Universitario de Modena: Servicio de Toxicología y Farmacología Clínica. Estructura universitaria de investigación toxicológica para el Ministerio de Sanidad, procedimientos

de desintoxicación en estancias breves y seguimiento ambulatorio de casos.

7. Formación especializada en métodos grupales:

- Istituto di Psicologia Sociale Analitica (IPSA), Venecia: cursos internacionales sobre epistemología de grupos y análisis institucional. Formación sistemática en grupos operativos. Asesoramiento institucional en servicios socio sanitarios.
- Istituto per la Formazione e la Ricerca Applicata (IFRA), Bologna: Proyectos FSE de rehabilitación. Formación de especialistas en práctica psicomotora. Curso trienal para educadores de comunidad terapéutica y organización de symposiums internacionales. En todos los trabajos didácticos y clínicos se utiliza el método de los grupos operativos.
- Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale (RANDOM), Roma: Entrenamiento en métodos sistémicos de tratamiento, familia y toxicodependencias. Intervención y supervisión en servicios públicos. Cursos internacionales de formación.
- Istituto di Gruppo Analisi (IGAR), Roma: formación sistemática en grupo-análisis. Psicoterapia de grupo, supervisión clínica y edición de publicación especializada.

47

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. PAOLINI, E.: «Presupuestos teóricos y metodológicos para una gestión operativa de equipos interdisciplinarios en salud mental y toxicofilias». *Revista A.E.N.* Vol. VII. n° 23. Madrid, 1987.
2. SERVIZI ANTI-DROGA DEL MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE. CURA DELL'UFFICIO STUDI E PRO-

GRAMAZIONE: *Aggiornamento sul problema della droga*. Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato. Roma, 1978.

3. LEGGE 22 DICEMBRE, 1975, N. 685: «Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossico-dipendenza». *Gazzetta Ufficiale*

- della Repubblica Italiana n. 342, del 30-12-1975.
4. LABOS: «1. Cultura degli operatori qualità dei bisogni degli utenti nei servizi per le tossicodipendenze in Italia». Nuove bisogni e nuove politiche sociale. Collana promossa dalla Direzione generale dei servizi civili del Ministero dell'Interno. Tipografica Editrice Romana. Roma, 1986.
 5. *DECRETO MINISTERIALE 4 agosto 1978*: «Normativa per l'impiego di preparati a base di metadone per il trattamento del farmaco dipendente». Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 230, del 18-8-1978.
 6. *DECRETO MINISTERIALE 7 agosto 1980*: «Regolamentazione dell'impiego di farmaci ad azione analgesico-narcotica nel trattamento dei tossicodipendenti». Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 219, del 11-8-1980.
 7. *DECRETO MINISTERIALE 10 ottobre 1980*: «Impiego di preparati a base di metadone e morfina per il trattamento dei tossicodipendenti». Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 281, del 13-10-1980.
 8. *CIRCOLARE 20 Ottobre 1984, n. 83*: «Trattamento di disintossicazione da oppioidi con metadone a breve termine». Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 323, del 23-11-1984.
 9. *CIRCOLARE 20 Ottobre 1984, n. 84*: Indicazioni relative agli interventi di prevenzione delle farmacotossicodipendenze. Dir. Gen. Serv. Med. Soc. Div. V Sez. III. Ministro della Sanità Degan.
 10. *CIRCOLARE 28 maggio 1985, n. 23*: «Indicazioni relative a modelli operativi per la realizzazione di interventi di prevenzione delle farmacotossicodipendenze e di educazione alla salute». Dir. Gen. Serv. Med. Soc. Div. V Sez. III. Ministro della Sanità Degan.
 11. *CIRCOLARE 25 ottobre 1984, n. 86*: «Tutela dello stato generale di salute del tossicodipendente». Dir. Gen. Serv. Med. Soc. Div. V Sez. III. Ministro della Sanità Degan.
 12. *CIRCOLARE 2 maggio 1985, n. 20*: «Interventi di informazione sanitaria relativi all'uso di cocaina». Dir. Gen. Serv. Med. Soc. Div. V Sez. III. Ministro della Sanità Degan.
 13. *CIRCOLARE 25 novembre 1985, n. 48*: «Misure di prevenzione della diffusione della sindrome da immunodeficienza acquisita tra i tossicodipendenti». Ministro Degan. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, serie generale n. 9, del 13-1-1986.
 14. *CENSIS. Diffusione delle tossicodipendenze: quantità e qualità degli interventi pubbliche privati in Italia*. Direzione Generale dei Servizi Civili del Ministero dell'Interno. Ed. Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato. Roma, 1984.
 15. S.M.A.S.T., ULSS 25. PAROLIN, A y col.: *Tossicodipendenza da oppiacei: aspetti socio-demografici e clinici*. Ed. ULSS 25. Verona, 1986.
 16. CALVARUSO, C. et al.: *Droga: operatori, orientamenti*. Cura della Fondazione «Emanuela Zancan». Padova, 1984.
 17. CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE. Reparto Biostatistica es Epidemiologia: *Rapporto Droga Italia 1977-78-79*. Incarico della Direzione Generale dei Servizi di Medicina Sociale. Ministero della Sanità. Giardini Ed. Pisa, 1980.
 18. DI FIANDRA, T.: «An overview of Italian Reporting and Surveillance Systems». In: *Proceedings of the first European workshop held*. COMAC Epidemiology. Ed. by F. Mariani. Roma, 1984.
 19. AA.VV. (CURA DI L. GALLIMBERTI): *Disagio individuale, collettivo e Droga*. ESSECOOP 2000. Ed. Dolo. Venezia, 1984.
 20. AA.VV.: «Psichiatria: fascicolo speciale sulle tossicodipendenze». n° 5. Padova, 1985.
 21. ADLER SEGRE, E.; MARZANI, C.: «Riflessione derivanti da una esperienza clinica e psicoterapica con adolescenti tossicomani». In *Atti Congresso Nazionale S.I.N.N. di San Marino*, ot. 1980.
 22. BARGELINI, A.; MACCHIA, B.; MORELLI, I.: *Droga, giovani e società*. Libreria editrice fiorentina. Firenze, 1980.
 23. BRUSA, M.; CORNACCHIA, P.; CUSANO, P.: *Le tossicodipendenze*. Franco Angeli Ed. Milano, 1980.
 24. CANCRINI, L.: *Quei temerari sulle macchine volante*. La Nuova Italia Scientifica. Roma, 1982.
 25. KESSELMAN, H.; CAMPOS, J.: *Comunicación al VII Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo*. Copenhagen, 1980.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- AA.VV.: *Tossicodipendenze: esperienze operative e organizzazione degli interventi nelle U. S. L. Assessorato ai Servizi Sociali*. Regione Emilia Romagna. Incontro. Bologna, 1986.
- AA.VV.: *Una città di fronte alla droga. Tra realtà e progetto*. Comune di Roma. Savelli Ed. Roma, 1982.

- ANDREOLI, V.: «L'altra faccia del metadone». In: *Le Scienze Quaderni*. Roma, gen. 1984.
- ATTI DEL CONVEGNO: *Abuso di sostanze psicotrope, tecniche de intervento e valutazioni*. Giunta Regionale del Veneto. Padova, 1982.
- BARROWS, S.: «Family therapy in Europe: an interview with M. Andolfi». In: *The American Journal of Family Therapy*. V. 9 n° 4. 70:75. Brunner/Mazel Pub. N. Y., 1981.
- BAULEO, A.: *Verso una Psicologia Sociale Analitica*. Ed. G. R. Bologna, 1983.
- BAULEO, A.; BLEGER, J.; DE BRASSI, M.: *Strumenti di analisi operativa*. Ed. I.F.R.A. Bologna, 1985.
- BOLDI, G.; MONTERISI, G.: «Alcune considerazioni sulla integrazione dei servizi per tossicodipendenti nel Servizio Sanitario Nazionale». *Rivista di Freniatria*, ag. Roma, 1981.
- BORGONOV, E.; BELLAMANO, R.: *L'analist costi benefici*. Franco Angeli Ed. Milano, 1983.
- CANCRINI L.: *Esperienze di una ricerca sulle tossicomanie giovanile in Italia*. Mondadori Ed. Milano, 1973.
- CARTA, I.; CLERICI, M.; GARINI, R.; et al.: «Un modello integrato di riabilitazione per tossicodipendenti da eroina di un servizio ambulatoriale e residenziale nell'arco di 10 anni». In *Atti Congresso Sottoprogetto Tossicodipendenze*, Firenze. Ed. Alba Centro Stampa. Roma, 1985.
- CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE. Reparto di Biostatistica ed Epidemiologia: *Il sistema delle rilevazioni statistico-sanitarie in Italia*. Progetto Finalizzato Tecnologie Biomediche. Giardini Ed. Pisa, 1982.
- CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE. Reparto di Biostatistica ed Epidemiologia: *Progetto TO. Di. L'accertamento e la determinazione di morfincini nei liquidi biologici negli iscritti alla leva militare per il 1980*. Progetto Finalizzato Tecnologie Biomediche. Giardini Ed. Pisa, 1982.
- CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE. Cura dell'Ufficio Studi. Provveditorato di Padova: «Problemi di educazione sanitaria e prevenzione alle tossicodipendenze in ambito scolastico». *Atti del seminario di formazione per insegnanti di scuola media, inferiore e superiore*. Padova, 1980.
- CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE. UNITÀ OPERATIVA DI VERONA (CURA DI A. PAROLIN, G. SERPELLONI y G. MARTIN): *Infezione da HIV e AIDS. Metodi e materiali per l'educazione sanitaria neitossicodipendenti*. Verona, 1987.
- DI FIANDRA, T.; MARIANI, F.; PAROLIN, A.: «Survey system in the field of drug abuse: an italian project». *X Meeting of Euro Working Group on Operational Research Applied to Health Services*. Altavilla Vicentina, 1984.
- FANTOZZI, R.; LUCIANI, G.; MASINI, E.; et. al.: «Clonidina and Naloxone induced opiate with drawal a comparison between clonidine and morphine in man. Substance and alcohol action/misure». *Fed. Med.*, 1:369, 1980.
- GIULUCCI, G.; ZAGO, E.: *Droga: prevenzione e terapia*. Mastrogiacomo Ed. Padova, 1980.
- LO RUSSO, A.; BENEDETTI, F.; ZOTTA, M.: *Il metadone nei Servizi Pubblici per tossicodipendenti*. Ed. Lauretana. Ancona, 1984.
- MALAGOLI TOGLIATTI, M.: *Droga, verso quale intervento?* La Nuova Italia Scientifica. Roma, 1981.
- MARIANI, F.; AVICO, U.: «Rapporto Droga Italia». Indagine attuata all'interno del Progetto Finalizzato Tecnologie Biomediche del CNR. Pisa, 1980.
- MARTIN, G.; SERPELLONI, G.; PAROLIN, A.; MARIANI, F.: *Infezione da HIV e AIDS: modello per la prevenzione in tossicodipendenze*. CNR, Unità Operativa di Verona, 1987.
- MASINI, L.; LUCIANI, B.; BLANDINA, P.; et al.: «Clonidina and naloxone for rapide opiate detoxification comparison between treatments». *Clin. Toxicol*, 18:1021, 1981.
- MISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE. UFFICIO STUDI E PROGRAMMAZIONE: «Indagine sull'educazione sanitaria e prevenzione delle tossicodipendenze». *Bolletino d'informazione del MPI*. 2-3 giugno e 4-5 luglio, 1981.
- TARTAROTTI, L.; VEZZANI, B.: *Scuola e prevenzione delle tossicodipendenze*. Giuffrè Ed. Milano, 1986.
- PAROLIN, A.: «Droga: simbologia e trasformazione del sistema medico negli anni 70». In *La società italiana. Crisi di un sistema*. Franco Angeli. Ed. Milano, 1981.
- PICHON RIVIÈRE, E.: *Il processo grupale, dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*. Ed. Lauretana. Loreto, 1986.
- TALLANDINI, M.: *Cosa pensano i bambini della droga*. Franco Angeli Ed. Milano, 1982.

Joan Torrella*

Más allá de la organización corporativa: Criterios para una intervención integral

RESUMEN

La descentralización de competencias de las áreas a los distritos en el Ayuntamiento de Barcelona ha generado diferentes dinámicas de prestación de los servicios personales que deben ser tenidas en cuenta. La proximidad del órgano de gestión con el territorio y sus problemas, así como la posibilidad de organizar los recursos sin seguir únicamente criterios sectoriales ha generado una nueva dinámica de la intervención social. Se presentan aquí algunos criterios e interrogantes surgidos de la experiencia práctica que se ha venido llevando a cabo en los últimos dos años en el distrito de Nou Barris. Son elementos para un debate.

SUMMARY

Beyond the Corporative Organisation: Criteria for integrated action

The decentralisation of the Barcelona City Council, with the transfer of responsibilities from the Areas to the Districts, has brought about changes in the way services treat individuals, and attention must be drawn to this. The proximity of the management structure to the district and its problems, plus the possibility of organising resources on a non-sectorial basis has lent a new direction to social intervention. Here we present for debate some of the ideas and questions which have arisen out of the practical experiment carried on over the last two years in the Nou Barris District.

INTRODUCCION

CON la recuperación en España de los Ayuntamientos democráticos hace ya casi una década, se generaron, por primera vez en muchos años, políticas de bienestar social que respondían a históricas reivindicaciones de los ciudadanos y a inexcusables necesidades de servicios y de infraestructura.

Así, se produjo una extraordinaria proliferación de áreas de gestión de

servicios llamados personales, servicios sociales, deportes, sanidad... con fórmulas orgánicas muy diversas, que permitieron la institucionalización de políticas progresistas que no se limitaban a la explotación de los pocos equipamientos existentes; e incluso la aparición de áreas de gestión y promoción de políticas sectoriales, como juventud, que en otros países de Europa tenían largos años de historia y que aquí no habían podido llevarse a cabo jamás, y que hoy, diez años después, son una pieza fundamental de las políticas municipales.

(*) Correspondencia: c/ Aribau, 258, 1.º 08006 Barcelona.

A pesar de que el período es aún corto, durante este tiempo se han dado innumerables casos de experimentación y ensayo de nuevas fórmulas de prestación de los servicios públicos y de la forma de organizarlos, siempre a la luz de los resultados obtenidos y de los modelos que, más o menos disimuladamente, se han importado del exterior.

Uno de estos procesos de organización de la prestación de los servicios públicos que se ha dado de forma significativa, sobre todo en los grandes núcleos urbanos, es la descentralización o desconcentración, consistente en delegar ámbitos del gobierno de las ciudades a órganos territoriales (Consejos o Juntas de Distrito) generando así nuevos instrumentos mediante los cuales se puedan definir fórmulas específicas de intervención en cada territorio dentro del marco que define la globalidad de la ciudad.

Este es el contexto en el que se sitúa la experiencia del Ayuntamiento de Barcelona, donde este proceso se está llevando a cabo en profundidad, y en el que se han dado pasos significativos desde el punto de vista de la organización de los recursos; pasos que han permitido experimentar modelos de intervención social que aportan elementos de reflexión dignos de consideración.

Nuestra aportación aquí la realizamos desde la particular experiencia de organización de los Servicios Personales en el distrito de Nou Barris¹ de la

(1) El distrito de «Nou Barris» es uno de los diez en que se divide la ciudad de Barcelona. Está situado en su extremo norte-oriental, lindando con ciudades del cinturón industrial de Barcelona, como Montcada i Reixac y Santa Coloma de Gramenet. Con una población que ronda los 200.000 habitantes, está dividido a su vez en quince barrios con características específicas, pero con un nexo común, consistente en su papel de zo-

ciudad de Barcelona. En ella se han ido planteando dificultades y contradicciones que, al ir las superando, han ayudado a formular criterios que nos parecen generalizables a otras experiencias y que, en cualquier caso, presentan una «forma de hacer» que ha intentado aunar la necesidad de responder de forma eficaz a las necesidades planteadas, con la de diseñar el modelo desde el que dar esta respuesta cuando la situación orgánica de partida ha sido sustancialmente distinta a la conocida organización por áreas o sectores: tal modelo consiste en un único órgano de prestación de todos los servicios personales que han sido transferidos al distrito, integrando funciones que hasta este momento correspondían a órganos distintos.

De este modo, muchas de las intervenciones sobre la población que se realizaban desde cada una de las áreas de Servicios Personales del Ayuntamiento de Barcelona (Juventud, Deportes, Servicios Sociales, Salud Pública, Educación y Cultura) fueron transferidas mediante la citada descentralización a diez órganos territoriales o distritos cuya especificidad no es ya cada una de las disciplinas de las distintas áreas, sino su proximidad e identificación con una parte del territorio de la ciudad.

nas de acogida de la inmigración en la época de expansión económica que los convirtieron en zonas de crecimiento desordenado, y con importantes déficit de equipamientos. Su población, con la media de edad más joven de Barcelona, y con unos índices de riesgo altos en general, constituye uno de los colectivos más dinámicos y reivindicativos de la ciudad, como consecuencia de la presión que se ha visto obligada a ejercer para ver satisfechas las mínimas condiciones de construcción de la ciudad.

Para organizar la intervención, el Ayuntamiento ha dividido el territorio en tres zonas más o menos homogéneas, que son la génesis y la motivación de la experiencia que se presenta en este trabajo.

Sólo esto supone ya la adopción de formas de intervención y diseño de proyectos totalmente distintas. Si además, como en nuestro caso, desde el distrito se organizan los recursos transferidos de forma que no obedezcan a los sectores originarios (jefe de Servicios Sociales de Distrito, jefe del Servicio de Cultura, etc.) sino en función de zonas en que se pueda dividir el territorio del distrito (jefe de la Zona Norte, jefe de la Zona Centro, etc.), la forma de intervenir será sustancialmente distinta y, a nuestro entender, se darán condiciones para mejorar el rendimiento de los recursos existentes así como para aprehender la realidad de forma global.

Para situar nuestro proceso con el realismo que merece, es necesario decir que los criterios que presentamos nos parecen válidos e interpeladores independientemente de cuál sea la concreción final de la organización de los distritos en el Ayuntamiento de Barcelona. Los procesos novedosos y poco estructurados, tan escasos en la administración pública, permiten pasos de gigante en ideas y diseños que a menudo no tienen la base que los consolide allí donde han llegado. La pauta organizativa de los distritos en Barcelona ha sido aprobada muy recientemente (durante la elaboración de este trabajo) y el rodaje que esta nueva organización realice será crucial para generalizar o no algunos de los aspectos que nosotros hemos experimentado, que, por otro lado, distan mucho de ser la norma general de los diez distritos.

1. TRES CONCEPTOS A CLARIFICAR

1.1. Los sectores, o el «saber de cada cosa»

La prestación de servicios persona-

les desde la Administración Pública se ha llevado a cabo fundamentalmente desde órganos o dependencias sectoriales, es decir, organizados alrededor de un cuerpo doctrinal u orientación profesional determinada desde el cual se estructuran las respuestas a las necesidades detectadas o demandas expresadas por la población. Existen así las áreas de Servicios Sociales, desarrolladas a partir de la Asistencia Social, las de Salud o Sanidad, con el desarrollo de la medicina como punto de referencia, las de Educación o Enseñanza, con la pedagogía como ciencia troncal, etc.

Evidentemente, la especificidad de cada uno de los conjuntos de necesidades sociales que existen, requiere diseños y programaciones técnicas especializadas que orienten las actuaciones concretas que más tarde se tendrán que llevar a cabo.

Las técnicas de intervención social han sido desarrolladas por cada una de las profesiones implicadas en función de la naturaleza del problema a resolver. Esta «sectorización profesional» de la realidad es, probablemente, la mejor forma de analizar los distintos aspectos sobre los que intervenir, de plantear estrategias específicas de intervención, y de evaluar, mediante mecanismos propios de cada sector, los resultados de ésta.

A pesar de esto, a nadie se le escapa que cada uno de estos sectores tiende —legítimamente, a nuestro entender— a analizar la realidad desde su especial punto de vista y a programar desde sus paradigmas soluciones globalizantes que a menudo no tienen en cuenta otros puntos de vista.

La interesante aportación que puede significar esta sectorialización a nivel

de programación —y nos referimos a sectores que pueden o no coincidir con órganos de la Administración— y planificación es más dudosa conforme descendemos a los niveles terminales desde los que se efectúa la intervención, muy en contacto con las necesidades reales de la población. Existen innumerables ejemplos de cómo, ante una situación dada, se interviene paralelamente desde varios órganos especializados, distintos entre sí, entre los que, en el mejor de los casos, existe una coordinación coyuntural que difícilmente implica que se haya planteado conjuntamente la estrategia de intervención, sino que únicamente trata de no interferirse mutuamente.

1.2. El territorio como escenario de la intervención

54

Si entendemos pues —aunque intervengan muchas variables— la singularidad de aquella situación, parece lo más sensato intentar abordarla en base a una única estrategia que defina qué papel debe jugar cada uno de los elementos o profesionales en juego.

De esta forma aparece la importancia de la territorialización, entendida ésta como criterio estructurador de los recursos de la intervención social (ya sean humanos, materiales o económicos) para abordar las situaciones o problemáticas que se dan en un espacio y un tiempo concretos, con una comunidad implicada y con unas características (urbanísticas, geográficas, culturales) determinadas. Entendemos este territorio como una realidad compleja, como un sistema de frágiles equilibrios en los que intervienen muchas variables y donde una única dirección o autoridad en la intervención social desde la Administración es condición necesaria —aunque, evidentemente, no suficiente— para asegurar su coherencia.

Obviamente, muchas de las variables que componen el sistema serían susceptibles de ser abordadas desde un área de Servicios Sociales, otras desde Educación, otras desde Sanidad, etc., pero en la medida en que estos sectores son entendidos como órganos funcionales independientes entre sí, se hace imposible la comprensión global del sistema.

Nuestra propuesta entiende que esta singularidad no niega la evidencia de que existen distintas problemáticas y profesiones adecuadas para cada una de ellas. Evidentemente, una intervención social desde un órgano terminal en el ámbito de la atención primaria requiere profesionales polivalentes, pero requiere también que éstos asuman la multidisciplinariedad como única forma posible de entender la complejidad de la realidad. Proponemos un trabajo en equipo, multidisciplinar, bajo una única dirección técnica, que aborde los problemas atendiendo a las diferencias que presentan, pero también a la relación que tienen entre sí; que utilicen las técnicas y los recursos definidos desde cada sector y desde cada profesión, pero que no hagan de ellos instrumentos de intervención incommunicables entre sí, sino complementarios.

1.3. Los programas operativos: un instrumento de cruce

Es realmente difícil desvincular esta exposición de nuestra experiencia concreta, dado que es a partir de los condicionantes concretos de nuestra situación desde los que intentamos extraer reflexiones generalizables a otras situaciones.

En el último trimestre de 1986 la descentralización de servicios en los distritos de Barcelona era ya efectiva, se po-

nia en marcha un proceso integrador de intervención cercano al ciudadano. Pero los programas, los proyectos, las actuaciones a aplicar en aquel territorio estaban definidos por la parcelación y la globalidad difusa de la planificación centralizada.

Cuando los sectores (o el «saber de cada cosa») coinciden, se organizan en órganos administrativos con responsabilidades de programación, estructuran sus recursos —y los de los demás— alrededor de funciones que se supone que, como órgano, deben cumplir, generando programas sectoriales cerrados. Normalmente esta capacidad «legislativa» corresponde a órganos centralizados, lejanos de la gestión terminal y coincidentes con lo que hemos denominado sector.

Si cada uno de estos órganos —o áreas— organiza así los recursos de la institución, estableciendo el listado de programas que va a regir el funcionamiento presupuestario y técnico de ésta, se está generando una superestructura que afectará directamente las posibilidades de interpretar las diferentes disciplinas en una única intervención territorializada.

En nuestro caso, por ejemplo, cada área de las existentes sigue manteniendo competencias de programación y evaluación sobre materias cuya gestión está descentralizada. La evaluación que cada una de éstas áreas hace, afecta sólo a los recursos que ella descentralizó, y no tiene ningún mecanismo para evaluar el cambio que supone para el rendimiento de los recursos descentralizados el hecho de que se gestionen desde un único órgano administrativo, bajo una única dirección que diseña y ejecuta la intervención sobre un territorio determinado.

Por otro lado, el órgano territorial que pretenda funcionar así, se encontrará con que los programas sectoriales «legislados» por las distintas áreas no son suficientes para su propio funcionamiento, ya que cada uno de ellos afecta solamente a alguna función de las que están normalmente en juego en una misma intervención y no se dispone de un programa (con todos los elementos que lo componen: objetivos, mecanismos de evaluación, etc.) que pueda ejercer de referente en un determinado proyecto en el que intervienen recursos de programas sectoriales distintos —cada uno de los cuales evaluará «su» parte de la intervención y ninguno ésta en su globalidad—.

De esta forma, mientras sigan coexistiendo la intervención integrada y la programación sectorial, se hace necesario adoptar mecanismos que, sin dispersar la información de ésta —necesaria para tener una visión global de toda la institución—, aporten instrumentos y marcos de referencia a aquélla. En nuestra experiencia, a éstos los hemos llamados «programas operativos».

Pongamos un ejemplo para ilustrar la dificultad a la que hacemos referencia. Algunos de los programas sectoriales a los que nos referimos son los siguientes:

- a) Referentes al área de Cultura
 - Centros cívicos.
 - Actividades culturales.
 - Fiestas populares.
- b) Referentes al área de Servicios Sociales,
 - Atención Primaria.

- Tercera edad.
- Infancia.

c) Referentes al área de Juventud

- Casas de Juventud e Infancia.
- Dinamización cultural.
- Ayuda a entidades e iniciativas.

d) Referentes al área de Deportes

- Instalaciones deportivas.
- «Deporte para todos».

56 Cada uno de estos programas sectoriales, que abarcan a todo el Ayuntamiento, comprende todos los recursos que éste destina al objeto del programa. En el programa de Tercera edad, por ejemplo, se encuentran no sólo los recursos que el área de Servicios Sociales destina al tema, sino los de cada uno de los diez distritos. Así, mediante este programa se puede —o se debe— conocer cómo se concreta, durante el año presupuestario correspondiente, la política del Ayuntamiento de Barcelona para la tercera edad, y se supone que los proyectos de intervención en que se concrete ésta serán desarrollos y concreciones de aquel programa.

Si ante una situación de la vejez dada, el municipio diseña un proyecto de intervención y lo hace desde su área de Servicios Sociales, usará para ello a aquellos profesionales adscritos al programa de Tercera edad, organizará las actividades de que conste el proyecto en los equipamientos del mismo programa (residencias, etc.) y pagará estas actividades con recursos económicos previstos en él. La evaluación de este

proyecto no planteará problemas teóricos, ya que en la formulación del programa estarán claramente definidos los índices específicos de valoración, los indicadores a utilizar, etc.

Si, por el contrario, el diseño del proyecto lo realiza un órgano territorial, usará para ello todos los recursos de que disponga en el barrio o zona en que se concrete; las residencias para la tercera edad, pero también los equipamientos culturales; los asistentes sociales, pero también los animadores culturales o monitores deportivos; recursos éstos pertenecientes a otros programas sectoriales.

Si la evaluación de esta intervención se hace únicamente desde cada uno de los responsables de los programas sectoriales intervinientes (casi siempre pertenecientes a áreas u órganos centrales distintos), nadie conocerá cuál ha sido su impacto ni si ha satisfecho o no los objetivos que se planteaba. Además, el profesional o profesionales encargados de llevarlo a cabo habrán trabajado sin un marco de referencia teórico orientador permanente de su actuación y sin un (único) responsable de programa que funcione como apoyo a ésta. De aquí surge la necesidad de generar los llamados programas operativos. Su función será llenar este vacío, consecuencia de la contradicción existente entre dos criterios distintos que conviven en la misma organización. (Evidentemente, sería más razonable la unificación de estos criterios y la modificación de aquellos programas sectoriales, pero esto es algo que estaba fuera de nuestro alcance.)

2. CONCRECIÓN ORGANICA Y FUNCIONAMIENTO

El desarrollo de nuestro organigrama

ha sido posible porque el Ayuntamiento de Barcelona decidió, en el momento de crear los órganos periféricos de gestión o «Consells de Districte», que éstos se organizarían únicamente en tres divisiones (servicios técnicos, generales y personales), condicionando así que todas aquellas competencias que fueran descentralizadas por las áreas de servicios personales (órganos administrativos con direcciones políticas y técnicas distintas) a los distritos serían asumidas para su gestión por una única dirección política (el concejal-presidente del Consell de Districte) y una única dirección técnica (la División de Servicios Personales).

De esta forma, profesionales, equipamientos y recursos económicos que habían desarrollado sus funciones bajo distintos mandos lo harían bajo una única dirección, independientemente de su formación, profesión o área de la que procedieran. Sin este condicionante previo, probablemente nuestra experiencia no habría sido posible.

2.1. Algunas premisas a considerar

El objetivo fundamental de la prestación de los servicios personales desde la administración pública consiste en mejorar la calidad de vida de la población, entendiendo por una calidad de vida mejor el aumento de los niveles de autonomía de las personas y colectivos de la comunidad, el desarrollo integral de cada uno de los ciudadanos, la prevención de problemas psico-sociales, y la mejora del entorno ecológico. La participación de la comunidad en la consecución de estos objetivos es, sin duda, una condición necesaria para que se produzcan.

Para favorecer esta dinámica, entendemos que la administración pública

debería actuar como catalizador de procesos sociales que llevaran a la propia comunidad al conocimiento y resolución de sus problemas.

Evidentemente, este marco de buenas intenciones no pasa de ser un punto de referencia en el que situar el papel de los Servicios Públicos. Para entender a éstos en este contexto, no nos sirve clasificarlos sectorialmente, sino en función del objetivo que pretenden:

- a) *Recursos dirigidos a potenciar el desarrollo de la mayoría de la población:* Son aquellos que, o bien gestionados directamente desde la administración, o bien concertados con el tejido social, van dirigidos a que los ciudadanos mejoren su nivel de desarrollo físico, cultural, educacional, etc. (Dinamización, animación, organización de la comunidad.)
- b) *Recursos dirigidos a recuperar a aquellos sectores de la población que están al margen del uso de los bienes o servicios del apartado anterior:* Con ellos se pretende que personas que permanecen al margen del sistema por razones diversas (culturales, físicas, económicas, etc.) se aproximen a los circuitos «normalizados» de uso de los Servicios Públicos. (Suponen estrategias de inserción y reinserción social.)
- c) *Recursos destinados a evitar la desviación hacia grupos marginales de los que son usuarios de servicios que se prestan en servicios normalizados:* Comprenden los recursos llamados de prevención que se dirigen fundamentalmente hacia los grupos de riesgo.

Entendemos además que hay dos

«antiservicios» o consecuencias comunes de una mala prestación de servicios que deben evitarse:

- a) Aquellos que favorecen la marginación del usuario, es decir, que con su prestación se consigue que ciudadanos «normales» dejen de serlo.
- b) Aquellos que, actuando sobre grupos o personas «out», alimentan su marginación y favorecen su permanencia fuera del sistema.

Visto así el conjunto de servicios posibles es difícil entender que una organización sectorial —según hemos descrito en el punto 1.1— pueda resolver algún problema, puesto que cada uno de los órganos sectoriales no es homogéneo con los demás. Así, por ejemplo, los Servicios Sociales aplican un conjunto de técnicas, generan un conjunto de intervenciones para favorecer que un ciudadano «out» llegue a acceder al uso y disfrute de recursos culturales, deportivos, etc., en igualdad de condiciones con el resto de la población. Si desde el punto de vista de la intervención en el territorio los Servicios Sociales se organizan en un órgano administrativo distinto que el de, por ejemplo, Deportes, supone excluir de la aplicación de aquellas técnicas e intervenciones a los responsables de hacer política deportiva. Difícilmente pondrán en marcha programas de acceso pluriforme al deporte, sino que fácilmente caerán en la tentación de generar ofertas específicas para aquellos que no acceden a las «normalizadas», aumentando así su proceso de marginación (antiservicio «b»).

El análisis de la situación de la realidad en la que se interviene debe integrar pues todas las variables posibles y relacionarlas entre sí de forma adecuada.

Si se interviene, por ejemplo, en un barrio donde se ha detectado un alarmante aumento del consumo de drogas entre los adolescentes, deben tenerse en cuenta todas las variables en juego y deben coordinarse todos los recursos existentes. La forma en que están organizados los Servicios Públicos y, por lo tanto, los trabajadores sociales condicionará sin lugar a dudas no sólo la solución que se adopte, sino también la percepción misma del problema.

Una organización sectorial tiende a realizar la lectura segmentada de la realidad de forma que cada órgano pueda aplicar los recursos que le son propios. Los Servicios Sociales en este supuesto no van a contar para la resolución del problema con el hecho de que, además de un centro de servicios sociales y de los asistentes sociales polivalentes existen en el barrio equipamientos culturales, deportivos, etc., y a la inversa, los animadores socio-culturales no considerarán que tal vez el incremento de sesiones de conciertos de rock no van a mejorar la situación.

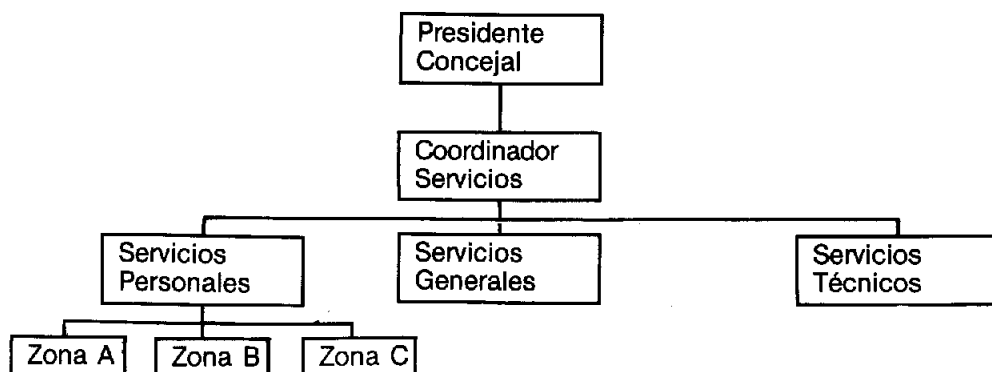
Con este ejemplo, casi infantil, no pretendemos poner de manifiesto la posible incompetencia de los profesionales que intervienen porque, evidentemente, a menudo se producen situaciones como ésta y también a menudo se establecen líneas de coordinación efectiva entre unos y otros. Lo que sí deseáramos evidenciar es que esta organización de los recursos no va a favorecer precisamente este encuentro, porque las líneas jerárquicas organizadas alrededor de un paradigma teórico persiguen más la propia coherencia en la intervención que la resolución satisfactoria del conflicto en que intervienen.

Nuestra propuesta y nuestra expe-

riencia pasa por una organización territorial en que todos los recursos humanos, económicos e infraestructurales se organicen jerárquicamente en función del territorio en que van a intervenir, integrándose por lo tanto en un equipo de trabajo en el que el ámbito

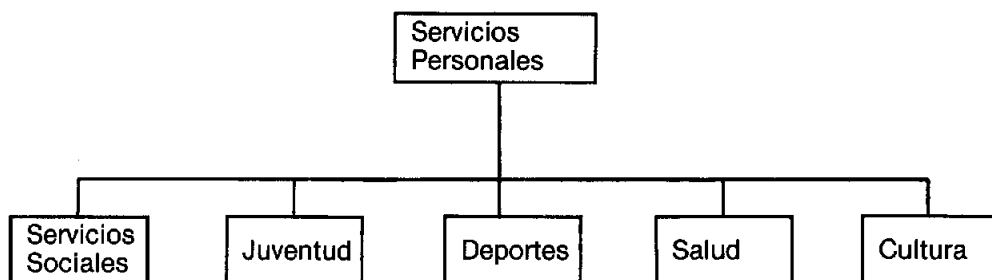
de actuación de todos sus miembros coincide y en el que cada uno de ellos aporta su conocimiento y preparación específica en la detección de los problemas, en el diseño de las intervenciones, en su aplicación y en su auto-evaluación.

Cuadro 1: Organización territorial de los Servicios Personales



59

Cuadro 2. Organización sectorial de los Servicios Personales



2.2. Diseño de la intervención

El equipo territorial es sin duda el mejor situado para proponer soluciones a los problemas que detecta en su práctica cotidiana. Su conocimiento de la realidad debe ser complementado con datos más objetivos proporcionados

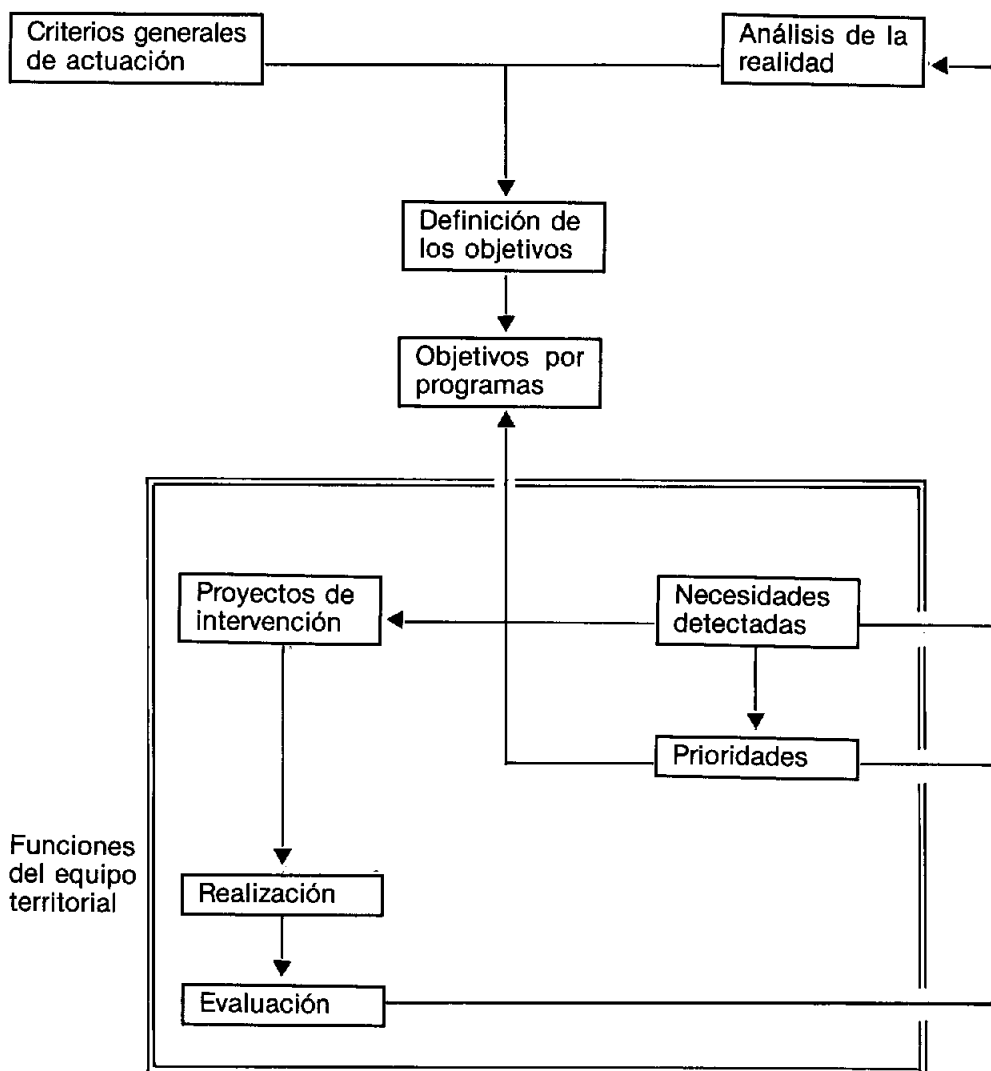
por órganos más alejados de la gestión. A partir de aquí y de la elaboración de los grandes objetivos —normalmente políticos pero, en cualquier caso, formulados desde una instancia superior al propio equipo— éste tiene la posibilidad de formular proyectos de intervención adecuados según los recursos de que dispone.

Cada proyecto tendrá un responsable de entre los miembros del equipo territorial. Además del responsable participarán en el proyecto los profesionales que aquél decida.

El análisis de la realidad es una función previa a cualquier intervención. En este conocimiento del entorno (del territorio en que intervenir, con todo su contenido) van a pesar diversos facto-

res: las demandas que expresa la población, el estudio prospectivo de sus características, los recursos que existen, incluso los factores personales e ideológicos de quien realiza la observación. En cualquier caso, sólo a partir de aquí es posible detectar unas necesidades y priorizar de entre ellas, en función de los recursos disponibles para la intervención, cuáles se abordan en primer lugar.

**Cuadro 3. Circuito del diseño de la intervención.
Funciones del equipo territorial**



Evidentemente, en cualquier intervención se parte también de un marco ideológico o ético: de una serie de criterios que van a orientar la actuación. En la definición de éstos van a confluir las orientaciones políticas del gobierno de la institución, las competencias atribuidas al órgano desde el que se va a intervenir, etc.

Sólo mediante estos dos componentes se puede formular el objetivo general del propio órgano, objetivo que se traducirá en objetivos operativos en cada uno de los programas de actuación.

La elaboración de proyectos, su realización y su evaluación van a ser la culminación del proceso, la intervención social propiamente dicha. Los resultados de ésta van a modificar la realidad sobre la que se ha intervenido, modificando así las necesidades y dando por satisfechas prioridades en la actuación.

Evidentemente, cualquier linealidad como la que presentamos es un simplificación didáctica del proceso, puesto que las variables son todas interdependientes entre sí y sin duda hay muchas más que en este organigrama no han sido reflejadas. De todos modos, esto nos sirve para contextualizar las funciones de uno de nuestros equipos territoriales en el proceso global de intervención: diseño, realización y evaluación de proyectos de intervención a partir de unas variables dadas previamente y de un conocimiento de su territorio que le permite detectar necesidades y orientar las prioridades.

2.3. El encuadre de los proyectos de intervención

En este punto se plantea una de las dificultades nucleares de nuestra experiencia, consecuencia de que hasta este momento esta organización territorial convive con una organización ge-

neral de la institución de carácter sectorial. Como hemos explicado más arriba, las áreas siguen manteniendo funciones sobre competencias descentralizadas (programación y evaluación) y no se ha modificado la estructuración por programas sectoriales del presupuesto municipal, que, evidentemente, es también el presupuesto de los distritos.

Tal como hemos presentado en el punto 1.3, al considerar incluidos en programas sectoriales distintos los recursos humanos, infraestructurales y económicos pertenecientes a un mismo órgano ejecutivo, se produce la contradicción de que en un mismo proyecto diseñado por éste se utilizan recursos de diversos programas, con lo que no sólo se hace imposible el seguimiento de la intervención por parte del responsable del programa sectorial (que actúa desde alguna de las áreas centrales), sino que además se impide que aquel proyecto tenga un único programa de referencia que le dé coherencia y lo identifique metodológicamente con otros como él. Desaparece así un recurso imprescindible para el responsable de proyecto: la supervisión, la ayuda y la evaluación permanente que le puede prestar un responsable de programa.

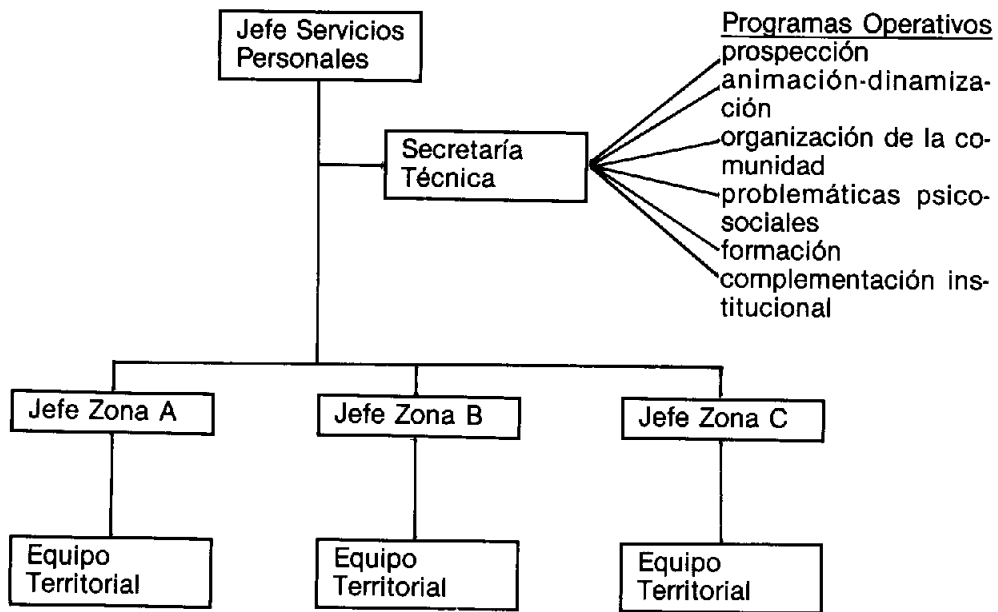
Para evitar esta limitación se ha diseñado un órgano de soporte a la intervención o secretaría técnica de servicios personales, que cuenta entre sus funciones la de coordinar a los responsables de los seis «programas operativos»² con los que hemos trabajado hasta hoy (y que son los que aparecen en

(2) Estos seis programas ya vienen siendo utilizados como criterios de clasificación de los proyectos de intervención del Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona. Nuestra propuesta, a partir de la experiencia, es que sirvan de «encuadre» de todos los proyectos de servicios personales, es decir, incorporando los propios de otros sectores.

el cuadro 4). Estos deben asegurar que todos los proyectos que pertenecen a un mismo programa sean coherentes con los objetivos de éste y que cada responsable de proyecto cuente con el soporte necesario para encuadrar su intervención. Para asegurar esta función, cada responsable de programa operativo forma un grupo de trabajo con todos los responsables de proyectos de su programa.

Así, un profesional es responsable de su intervención en función de un encargo vertical o jerárquico del jefe de su equipo territorial, el objetivo del cual es que se responda a las necesidades que lo generaron. De forma horizontal, este profesional gozará de la supervisión del responsable de programa al que pertenezca su proyecto, cuya función es que, en su realización, se ajuste a los objetivos del programa (ver cuadro 4).

Cuadro 4.



62

2.4. La importancia de un integrador

En una estructura como la descrita y en el contexto de la descentralización del Ayuntamiento de Barcelona, en que cada uno de los diez distritos es una unidad político-administrativa que tiende a ser, además, sociológica, es fundamental mantener un único referente técnico del conjunto de estos servicios. En nuestro caso, éste es el llamado Jefe de Servicios Personales de distrito.

Quizá por la especial complejidad de la situación y por la diversidad de interlocutores que debe tener, señalaríamos como una de sus características fundamentales la necesidad de mantener una situación equidistante con cada uno de los sectores y/o órganos que son objeto de su trabajo. Para desarrollar su función deberá vencer resistencias e inercias orgánicas y profesionales a las que no podrá hacer frente si se encuentra implicado en una de ellas.

Considerando esta característica general, señalaríamos como sus funciones más significativas, desde un punto de vista de su funcionamiento orgánico, las siguientes:

a) La gestión de los Servicios Personales no debe tener una dinámica descoordinada de los servicios que podríamos llamar técnicos: urbanismo, acondicionamiento físico de la ciudad, vialidad, etc. También éstos van dirigidos a mejorar el bienestar de la población y, por lo tanto, deben tener unos criterios comunes y una coordinación operativa en el espacio y en el tiempo. El Jefe de Servicios Personales debe velar para que los órganos que de él dependen funcionen en esta dirección.

b) Su visión global de la Intervención es un factor decisivo para nivelar los desequilibrios que se puedan producir entre las distintas zonas o territorios, facilitando una homogeneidad en la distribución de los recursos y, sobre todo, entendiendo a éstos como variables de un sistema dinámico que debe tener una gran movilidad (entre distintos territorios) que facilite las respuestas más adecuadas posibles en la intervención.

c) En este sentido, su papel en el desarrollo de los proyectos —que afectan a todo el distrito, o incluso a toda la ciudad— es básico para que éstos no estén desvinculados de la dinámica de los distintos equipos territoriales existentes, que sin esta dimensión perderían la visión global de su trabajo.

d) La conexión técnica —diferenciada de la que evidentemente debe existir a nivel político— con los órganos centrales del municipio debe asegurar que en el desarrollo de las competencias que le han sido asignadas, el distrito siga las directrices programáticas básicas comunes a toda la ciudad. No debe olvidarse que la descentralización por la que se ha optado consiste en

una aproximación de los órganos de decisión y gestión a los ciudadanos, pero sin que esto suponga la desaparición de políticas globales de la ciudad.

e) Aunque no como una función específica, es necesario resaltar como una de las características básicas de este papel la de ser dinamizador de procesos administrativos nuevos, que fuerzan maquinarias y funcionamientos preestablecidos que no han sido pensados ni creados para este tipo de intervención. Así mismo, el papel de acompañamiento personal de los equipos y de sus profesionales debe facilitar una cohesión orgánica sin la cual difícilmente se puede avanzar en un proceso de renovación.

La experiencia acumulada por los municipios mediante la intervención social realizada desde distintas áreas o sectores, durante la última década, para compensar los desequilibrios y corregir los déficits de la población debe llevar a un inevitable punto de encuentro de sus estrategias integrándose en un único plan de acción para un territorio dado. La descentralización de funciones aproximándolas al máximo a la comunidad y una organización que supere el mimetismo obsoleto de los «sectores de actividad» y que no se base en ellos, sino en las características de aquélla y del territorio en el que habita, permitirá sin duda un paso adelante en la eficacia de los servicios públicos y el desmoronamiento de algunos de los «castillos» en los que corporativamente nos encerramos los profesionales al defender una determinada forma de intervención.

Nuestro diseño, limitado en el espacio y en el tiempo, y con todas las contradicciones que se plantean en el inicio de cualquier experiencia, quiere ser una modesta aportación a esta causa³.

NOTA: El autor dejó de ser responsable de los Servicios Personales del distrito de «Nou Barris» en marzo de 1988.

Documentación

Franco Marziale

Estructuras alternativas a la escuela en los campos de la prevención, tratamiento y, en especial, del papel de las instituciones en la educación para la salud tendente a prevenir las toxicomanías: Bosquejo de una solución integrada*

Este trabajo ha sido realizado por el autor para el Comité de Expertos en programas de educación para la salud del Consejo de Europa. Se trata de la puesta al día de un primer estudio elaborado en 1984, sobre la educación y la prevención de las toxicodependencias como proyecto piloto del Consejo de Europa en este sector.

67

LA educación para la salud, la prevención y el tratamiento de las toxicomanías pueden ser realizados con el apoyo de diferentes instituciones; las más frecuentemente utilizadas son la escuela, instituciones sociales, sanitarias (públicas y privadas), penitenciarias, la familia como institución, así como numerosas asociaciones benévolas, incluidas las confesionales, pero también hay otras instituciones de carácter deportivo o recreativo.

Ninguna de estas instituciones tiene el monopolio de intervención en un campo determinado; prevención, terapia o rehabilitación, pero todas intervienen en fases apropiadas en función de sus competencias específicas.

El objetivo de este documento es el de esbozar un esquema de coordinación vertical y horizontal de todas estas instituciones, favoreciendo la integración de las diferentes iniciativas en una casa de salud, instituciones de carácter socio-sanitario, situado en medio comunitario y accesible a todos los individuos, cuyo objetivo esencial sería el de permitir a cada uno gozar plenamente, y en completa igualdad con todos los otros miembros de la comunidad, de un estado de bienestar físico, mental y social:

- promoviendo sus salud;
- previniendo las enfermedades físicas, las patologías psíquicas y las previsiones sociales que atentan a su personalidad;
- poniendo remedio cuando se comprueba un accidente de salud debido a razones externas o dependien-

(*) Traducción: Félix Abal García.

- tes de su propio comportamiento;
- desarrollando su sentido de responsabilidad con respecto a su salud, con el fin de que no se sienta «asistido» en el sistema, pero que llegue a asumirlo.

En este análisis estamos obligados a hacer una distinción entre instituciones y/o servicios que se ocupan del tratamiento o de la prevención de toxicómanos dependientes de drogas lícitas o ilícitas. En efecto, la represión del tráfico del producto, las sanciones administrativas o penales con respecto a los traficantes o usuarios, el internamiento o la desintoxicación obligatoria sólo pueden aplicarse a los consumidores de productos ilícitos; para los otros productos: alcohol, tabaco, medicamentos, las medidas administrativas tendientes a limitar los abusos (en algunos países designados por el eufemismo consumo excesivo) especialmente por la represión de la embriaguez pública o a proteger los menores por la prohibición de la venta de alcohol y, en algunos países, igualmente del tabaco.

En cuanto a los dependientes de estos últimos productos, hay que señalar que, por el momento, ningún país considera el tabaquismo como verdadera dependencia y las únicas medidas sanitarias que se pueden adoptar con respecto a los alcohólicos dependen de su voluntad de someterse a curas de desintoxicación u otras. No obstante hay que señalar que recientemente los sistemas jurídicos de los Estados Europeos han desarrollado una serie de medidas preventivas (primarias) y represivas con objeto de prevenir o sancionar los actos de personas que actúen bajo la influencia del alcohol o de ciertos medicamentos que no han sido prescritos por el médico.

Con respecto al alcohol, por último, hay que señalar que el desarrollo del

sistema de venta en grandes superficies contribuye de forma determinante a abatir las últimas medidas administrativas que impedían a los jóvenes procurarse fácilmente el alcohol.

Esta diversidad de situaciones entre drogas lícitas e ilícitas tiene como consecuencias muy importantes en la definición de la política o en la realización de medidas de educación para la salud a nivel de cada institución; para las drogas ilícitas, el mensaje no podrá ser más que «no toméis»; mientras que para las otras será «no abuséis, haced una elección juiciosa, pues el abuso es peligroso».

Para facilitar la comprensión de nuestra gestión, intentaremos en primer lugar esbozar un análisis sociológico en el tiempo, destinado a destacar las razones por las cuales, en una determinada época, ciertas instituciones han representado un papel más importante que otras, y como otras instituciones, como la familia, después de un cierto eclipse de su papel en el campo socio-sanitario, tienen hoy una renovada importancia. Asimismo, se pondrá de relieve por qué después de un período de casi tolerancia con respecto a ciertas formas de toxicomanías se ha pasado a un período de represión total con relación a las drogas ilícitas, a nivel de las instituciones para llegar hoy a formas de instituciones abiertas que, aunque no practiquen una política libertaria, respetan mejor la libertad y la dignidad del individuo. Esta última observación afecta tanto a los dependientes de drogas lícitas como ilícitas.

ANALISIS SOCIOLOGICO DE LA IMPORTANCIA DE LA SIGNIFICACION Y DE LA EVOLUCION DE LAS INSTITUCIONES EN EL TIEMPO

Si abordamos el problema en una

perspectiva histórica, puede preguntarse por qué el acento puesto, en primer lugar, en el hospital, y a continuación sobre las instituciones penitenciarias, se ha inclinado seguidamente sobre estructuras más abiertas, en especial sobre la escuela y la familia; y por qué ciertos servicios que se ocupan de la prevención y del tratamiento de la toxicomanía tienen actualmente un importante desarrollo, tanto desde el punto de vista cuantitativo (número de servicios) y cualitativo (especialización de servicios) como territorial (distribución de servicios y su descentralización sobre el territorio de un país).

En primer lugar, se pueden proporcionar numerosas justificaciones y explicaciones en el plano cuantitativo. Durante años, el fenómeno droga había sido una cosa bien limitada, restringida a un cierto número de iniciados del mundo de la cultura, del arte, incluso de militares que habían tenido experiencias de droga fuera de Europa en las colonias. Asimismo, en este momento la sociedad aún no sentía la necesidad de crear instituciones especializadas, en gran número, en este campo. A lo más se instala un servicio para estas «drogas» en los grandes hospitales, asociando el tratamiento de los toxicómanos a los alcohólicos o en ciertos países se trataban a estos pacientes en los departamentos de «enfermedades coloniales».

Siendo en esta época el peligro social muy limitado, la «contaminación» no rebasaba jamás el marco restringido de un interlocutor, de un amigo o de un miembro de la familia, las instituciones no tenían un carácter muy represivo. Asimismo, no se hacía sentir la necesidad de crear una institución específica y no era necesaria una intervención pública. Por este hecho, la represión era bastante «suave», a veces

inexistente, y la sanción, esencialmente moral.

Es evidente que en esta fase no había necesidad de desarrollar una política de prevención y educación sanitaria en la materia, pues toda información podría desarrollar la curiosidad con respecto a un fenómeno que se quería ocultar.

De pronto, a final de los años 60, súbitamente la situación cambia. Europa se da cuenta que la droga, bajo formas diferentes, circula en la mayor parte de los Estados, que afecta a personas que pertenecen a todas las capas de la sociedad y no sólo a una élite; pero lo más inquietante fue comprobar que el uso de la droga había entrado y desarrollado entre los jóvenes. Esta situación modificó los datos del problema tanto en el plano cuantitativo como cualitativo. Frente a la amplitud del problema, se impone una intervención pública para defender a la sociedad en peligro y se perfila una respuesta institucional. En este momento se crean instituciones donde se desarrollan una multitud de servicios destinados a:

- reprimir esencialmente las toxicomanías por la represión del tráfico del producto y la recuperación de los adictos por la desintoxicación;
- rehabilitar accesoriamente a los toxicómanos, y
- restablecer, sobre todo, el orden roto.

Sobre el plano cuantitativo cambia igualmente el problema y el tratamiento de los toxicómanos se hace más difícil, pues se multiplican los productos tóxicos. Antes sólo había dos o tres productos conocidos: morfina, cocaína y heroína. Actualmente nos encontramos enfrentados a una multitud de productos lícitos e ilícitos que los adictos

consumen solos o en hábiles combinaciones, y a partir de esto es imperioso disponer de instituciones especializadas que tengan conocimientos de farmacología y toxicología y que superen ampliamente a aquellas que podíamos encontrar en un departamento hospitalario normal.

Por otra parte, en el plano social, si se analiza la situación desde el punto de vista del individuo, se comprueba que al principio estaba considerado como original (*). En una segunda etapa estaba considerado como un enfermo psiquiátrico o como un criminal. Por este hecho, para tratarlo, la respuesta institucional se hace coercitiva. Se impone al toxicómano: la institución sancionadora (prisión); interna (hospital psiquiátrico) y se procede a una desintoxicación obligatoria. Para ello se utiliza, bien el departamento del hospital que se ha especializado, bien una institución especializada que, más a menudo, es un centro de desintoxicación.

La prevención es sobre todo represiva y la educación para la salud toma la forma de un información dada a los jóvenes, organizaciones juveniles, profesores, educadores y personal sanitario, basada en las consecuencias negativas que pueden derivarse del uso y abuso de las drogas; debiendo, esta información disuasiva, ilustrar tanto las implicaciones relativas a la salud del individuo como las consecuencias jurídicas y penales.

Sin embargo, rápidamente se comprueba que estas medidas represivas no dan los efectos esperados; el consumo de la droga, del alcohol separadamente o conjuntamente aumentan cuantitativamente, sobre todo entre los

jóvenes a menudo menores y se percibe que no se puede sostener indefinidamente una política de recuperación a todo precio, tanto en razón de los costes que ella comporta para la sociedad como por las limitaciones de las libertades individuales que ella impone. En efecto, en el marco de la defensa de los derechos del hombre y de las libertades fundamentales, comienzan a oírse voces para hacer tomar conciencia a las autoridades públicas de que ciertos tratamientos no pueden ser impuestos por la fuerza e implican, de todos modos, una elevada tasa de fracasos. Paralelamente, se ha comenzado a darse cuenta que al ignorar al toxicómano que no quiere recibir un tratamiento, se hace correr un gran riesgo a la sociedad. En efecto, este último, abandonado, tendrá o un comportamiento criminal (necesidad de procurarse los medios para comprar la droga) o a veces suicida (riesgo de sobredosis).

En resumen, se comprueba que al principio la sociedad se ha encontrado enfrentada a un pequeño grupo de personas que utilizan un restringido número de productos lícitos o ilícitos. Una sola institución era entonces suficiente para hacer frente a estos problemas. La motivación de este tipo de toxicómano era ante todo de orden recreacional (búsqueda, por los ricos, de un placer por la droga o el alcohol, para los pobres el olvido por el alcohol) y no la manifestación de una contestación social. Hoy la situación se presenta de forma diferente: hacemos frente a una multitud de personas que consumen productos muy diversificados y las motivaciones de este consumo son de carácter social, más o menos identificadas, y de orden individual, más difícil de determinar. Llega, pues, a ser necesario disponer de instituciones capaces de intervenir en las diferentes fa-

(*) Sherlock Holmes y la cocaína, Huxley y Sartre y la mescalina, etc.

ses del proceso (antes, durante y después de un tratamiento) y esto justifica el reciente desarrollo de las instituciones y servicios que se ocupan de estos problemas.

La primera parte de este documento se destina a poner de relieve el papel que cada institución está llamada a representar en una fase determinada del proceso de prevención, terapia y reinserción. Se comprobará como este papel no es sólo sanitario, sino también social, y cómo es importante encontrar una solución sobre una base pública, pues su importancia rebasa los medios de la familia, de una parte, y su amplitud, así como sus consecuencias, las finalidades de un operador privado (médico) o de asociaciones voluntarias (organismos benévolos).

Es, pues, necesaria una buena organización y coordinación para unir todas las fases del proceso, por ejemplo al nivel de tratamiento, la fase de desintoxicación física con las de independencia psíquica, psicológica y de reinserción social.

En cada eslabón de la cadena de tratamiento están afectadas diferentes instituciones, de ahí la necesidad imperiosa de una coordinación vertical y horizontal de la actividad de estas instituciones que debe llevar, en breve o largo plazo, a la integración de todas estas iniciativas en una estructura pública actuando de acuerdo con las iniciativas privadas, situando al medio comunitario abierto a todos los individuos sea cual sea su edad, en un plano de igualdad y rebasando el marco limitado de las preocupaciones de la lucha contra los toxicómanos para englobar el de la promoción de la salud física, mental y social de toda la población.

Por último, hay que señalar, como será explicado cuando se hable en detalle de esta institución, que la estructura integrada que se quiere determinar cubra todos los aspectos del problema sin hacer la recuperación a cualquier precio, hasta, lo que sería más grave, la recuperación preventiva, o una superprotección socio-sanitaria que permita todos los excesos. La estructura permite a todo el mundo salir en toda circunstancia.

Para hacerlo, esa institución tiene como objetivo esencial la educación constante de la población para permitir a cada uno una elección juiciosa y responsable sobre su salud y la forma de vivir, pero también para proporcionar una ayuda y una solución a todos aquellos que, en un momento dado, hubieran realizado voluntaria o involuntariamente una mala elección.

Así, aparece la necesidad de pensar de nuevo en las estructuras. Al mismo tiempo, numerosos estudios comienzan a demostrar que la droga es una forma de contestación de la sociedad, en especial una crítica de una cierta forma de vida (alineación, egoísmo, utilitarismo, búsqueda inmediata del placer), lo que es causa directa o indirecta de una crisis de los valores tradicionales.

Los responsables públicos comienzan entonces, en la definición y la creación de nuevas instituciones, a tener en cuenta esta actitud de contestación de los toxicómanos y algunas instituciones no dudan en hacer una autocrítica de su acción. En especial es el caso de un cierto tipo de servicios públicos demasiado burocratizados y demasiado recuperador, así como que la escuela, centrada especialmente en la transmisión del saber y la familia, llega a ser

sincrática en el peor sentido del término.

Este cambio de enfoque a nivel institucional acompaña un cambio de actitudes respecto al toxicómano: en otro tiempo criminal o enfermo psiquiátrico, se convierte en primer lugar en un enfermo social y a continuación en un individuo que ha tenido un accidente en el recorrido normal de salud. Este nuevo enfoque supone el desarrollo de la prevención y de la educación para la salud y la creación de instituciones que van a actuar teniendo plenamente conciencia de que el producto tóxico lícito o ilícito no es más que un elemento del fenómeno droga; que este producto es consumido por un individuo que debe, generalmente, paliar una crisis de identidad y que si se le quiere tratar, será necesario, ante todo, hacerle tomar conciencia que el recurso a los productos tóxicos es la consecuencia de esta crisis. La terapia no puede hacerse más que partiendo de esta toma de conciencia y la prevención tradicional debe transformarse en una educación que debe permitir a cada individuo elegir juiciosamente su comportamiento con pleno conocimiento de causa. Así es como se ve el desarrollo de nuevos tipos de instituciones más abiertas y una importante renovación en ciertas instituciones que la sociedad industrial había relegado a un segundo plano: escuela, familia, instituciones benévolas. Estas instituciones van ahora a actuar teniendo en cuenta este nuevo enfoque del problema.

La educación sanitaria, en el sentido tradicional del término, culpabilizante y centrada casi exclusivamente sobre el producto, se convertirá entonces en una educación para la salud menos medicalizada inclinada hacia la promoción y desarrollo del individuo, en el sentido sanitario, psicológico y social.

Esta acción constante puede desarrollarse de dos formas:

- 1.ª) por la respuesta eficaz y permanente a las necesidades socio-sanitarias de la población, la disponibilidad del personal para resolver directamente o en cooperación con otras instituciones los problemas que le son presentados, lo que crea confianza y el buen hábito de servirse de la institución y a seguir los consejos y mensajes que ella da, y,
- 2.ª) por la participación de los clientes en la gestión de la institución, en sus diferentes niveles de acción (unidad sanitaria local, centros médicos de 2.º y 3.er nivel, casa de salud), lo que contribuye a que los usuarios tomen una mejor conciencia de los problemas socio-sanitarios de la comunidad en la que ellos viven, de verificar los costes económicos de las malas elecciones efectuadas en el campo de la salud, a hacerse más responsables con respecto a su salud, tanto desde el punto individual como colectivo. Por ejemplo, la toma de conciencia, además de los conocimientos sobre las incidencias socio-sanitarias, del coste económico de un alcohólico para la comunidad, es ciertamente un factor que puede influir en una acción de prevención.

Como conclusión de ese primer capítulo es necesario subrayar que si en numerosos países la intervención pública ha sido esencialmente de orden médico, privilegiando la acción de desintoxicación con relación a la rehabilitación, esto no puede explicarse exclusivamente por razones de orden sociológico, antes mencionadas, sino que en-

cuentra, igualmente, sus fundamentos en razones estructurales: un conjunto coherente de instituciones integradas del tipo de las que preconizamos en los siguientes capítulos de este informe no puede realizarse, al menos en los países que no tienen un servicio nacional de sanidad o un sistema de coordinación bien desarrollado, más que en un período de tiempo relativamente amplio. Ahora bien, hacia finales de los años 60 el problema se presentó con tal agudeza que lo esencial era atender lo más urgente para evitar un vacío institucional que provocase la medicalización o psiquiatrización del problema.

Sin embargo, hay que tomar conciencia de que la persistencia de esta situación puede a largo término tener consecuencias sociales de una mayor importancia. En efecto, en ausencia de servicios que ofrezcan una solución global del problema y al mismo tiempo más personal y más humana, aquellos que tienen medios se dirigen, en especial para los niños, a instituciones privadas que venden sus servicios (clínicas u otras instituciones análogas), y la institución pública se convierte entonces en el refugio de los marginados a los que no se puede ofrecer una solución alternativa.

PAPEL DE CIERTAS INSTITUCIONES EN LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA FARMACODEPENDENCIA

El análisis efectuado en este capítulo no puede ser más que sumario, pues un profundo estudio de la cuestión implicaría importantes investigaciones y evaluaciones que aún no han sido realizadas ni a escala nacional, ni a escala internacional. Por otra parte, cuando se ha intentado hacer una evaluación

de este tipo se han obtenido resultados contradictorios, contingentes y, en todo caso, imposibles de comparar.

También este ejercicio está, pues, destinado a revelar, esencialmente, el carácter parcial del papel de las instituciones que serán examinadas en el marco de una política global de prevención, centrada sobre todo en la educación para la salud y de tratamiento con objeto de buscar en la tercera parte la forma a través de la cual estas diferentes acciones podrían ser integradas en un esquema coherente mediante una coordinación horizontal y vertical de los servicios.

Cuando se habla de integración nos referimos igualmente a la necesidad que se hace sentir de confiar la responsabilidad de la solución del problema a una sola y única institución capaz de garantizar una continuidad en la acción llevada tanto a nivel de prevención como de terapia.

Las ventajas e inconvenientes mencionados por cada una de las instituciones consideradas expresan la opinión del autor; de ninguna forma quieren herir a aquellos que, con diferentes títulos (funcionarios o voluntarios) y bajo formas diferentes (individualmente o en asociaciones) combaten cada día contra el flagelo social que representan las diversas formas de toxicoddependencia. Se derivan de estudios efectuados en diversos países, conclusiones de congresos, simposios, seminarios organizados a escala nacional o internacional en el campo de la toxicomanía y del examen de la literatura reciente sobre el tema.

En esta evaluación, el instrumento de medida más a menudo utilizado ha sido la comparación entre el papel jugado por estas instituciones y una se-

rie de postulados que son la base de una acción global e integrada en la lucha contra las toxicomanías y que pueden resumirse de la forma siguiente:

- una solución eficaz del problema exige una acción concertada, de larga duración, tanto en el medio escolar como en la comunidad, es decir, tanto sobre los niños como sobre los padres como sobre los medios profesionales y las instituciones;
- es indispensable asegurar un seguimiento a toda iniciativa, tanto en el campo de la prevención como en el de la terapia; la acción educativa iniciada en la escuela debe seguirse en el medio familiar, ante grupos profesionales, personas-clave, hacedores de opiniones, mediadores, decisores, medios de comunicación, etc., y sobre todo profesionales de la sanidad, pues es importante que estos últimos puedan ser sentidos por todos, desde la infancia, como un personal abierto, accesible, comprensivo y eficaz. Asimismo, una acción de privación o de desintoxicación, comenzada en un centro o en un hospital, debe poder seguirse en una prisión o viceversa y ser completada por medidas apropiadas de rehabilitación y de reinserción, destinadas a evitar las recaídas y a proporcionar una seguridad seria de éxito;
- es necesario llevar de frente y simultáneamente una política de prevención centrada sobre la educación para la salud y una terapia que tenga en cuenta el problema de la toxicoddependencia en su contexto no sólo médico, sino igualmente y, sobre, todo, social. Para hacerlo, es conveniente proceder a una desmedicación, a una desprofesionalización del problema, abandonar

el carácter culpabilizador de la educación sanitaria, no insistir sobre el concepto cualitativo de la droga, sino más bien del uso juicioso de un producto cualquiera.

En lo relativo a la terapia, es indispensable que la acción de privación o desintoxicación física sea llevada paralelamente con aquella que tiene por objetivo procurar al toxicómano una independencia psíquica o psicológica, para permitirle reforzar su personalidad, tomar confianza en sí mismo, examinar las causas de sus dificultades y las razones que le han conducido hacia el producto. Estos diferentes elementos son indispensables para su rehabilitación e inserción social. Ahora bien, es el estudio y la experiencia de tratamiento de casos y el examen de la trayectoria de vida de un toxicómano lo que verdaderamente suministra elementos concretos para programas de prevención y de educación para la salud, lo que puede justificar el recurso a una sola y misma institución o a un sistema coherente de intervenciones integradas. También el personal encargado de la educación, de la sanidad y los trabajadores sociales no deben actuar aisladamente, como servidores de finalidades diferentes, sino concertadamente, como motor de una política global.

- Todos los medios afectados deben esforzarse en crear un clima favorable de opinión al toxicómano y desfavorable al traficante, pues aunque no ocupe un primer lugar es el más radicalmente rechazado y aislado en la sociedad; las medidas represivas no conducen a resultados de envergadura, es importante que la comunidad, por sus instituciones, se construya un sistema de defensa. Resignación e indiferencia, acompañados por una prensa que se hace más eco de los fracasos

que de los éxitos, más del número de víctimas que de los casos de reinserción, no hace más que facilitar la propagación de la droga.

Esto es tanto más verdadero para las drogas lícitas con respecto a las cuales la responsabilidad de la comunidad es aún mayor y cuya solución pasa por la ejecución de una política global de producción, distribución y el reglamento del consumo incluido, sobre todo, la educación al consumo.

- La metodología a aplicar en todos los casos debe estar centrada sobre las modernas realizaciones que favorezcan en ciertas circunstancias la acción y la terapia de grupos; en otras, por el contrario, un enfoque más individualizado, que va hasta la acogida de la familia del toxicómano en curso de tratamiento.
- Es esencial que las diferentes instituciones que intervienen estén abiertas y accesibles a toda la población sobre una base de igualdad, si no se quiere privilegiar a las personas acomodadas que pueden recurrir a soluciones alternativas ante instituciones con finalidad lucrativa. Al mismo tiempo, la organización de los servicios debe ser de tal forma que la carencia de medios, la disponibilidad de personal, no constituya un obstáculo en la gestión de aquellos que se dirigen a la institución.
- Si la acogida de los clientes debe ser amplia, sin reserva, es importante que la acción llevada seguidamente sólo tienda al interés del individuo y no una recuperación cualquiera en el plano filosófico, lo que exige un control público de todo aquello que se hace en el campo

privado, voluntario o benévolo y que tiene relación con la salud de la población.

- Las medidas y estrategias propuestas no implican necesariamente inversiones importantes; preconizan, de una parte, una reorganización y reorientación de los servicios, instituciones y personal existente, y, por otra parte, su coordinación o integración con el fin de crear las condiciones para una acción global y eficaz. Estas medidas y estrategias no podrán ser puestas en ejecución por simple decisión administrativa; requieren una toma de conciencia, una responsabilización y una voluntad de acción por parte de todos los miembros de la comunidad (primer objetivo de todo programa de educación para la salud).

75

LAS INSTITUCIONES

LA ESCUELA

Ventajas

Las ventajas esenciales que presentan este tipo de instituciones son las siguientes:

1. La posibilidad de actuar sobre una población homogénea, tanto en lo que se refiere a los grupos de edad como a los niveles culturales.
2. La posibilidad de actuar tanto a nivel de grupo como a nivel individual de forma regular y seguida.
3. Los niños se reúnen todos los días laborales durante el año escolar y por varias horas.

4. La escuela es, por definición, el lugar donde se va para aprender. Ahora bien, los niños de edad escolar son aquellos en los que las estructuras de decisión no están aún completamente formadas, lo que permite a la escuela jugar un doble papel, de importancia capital, en la prevención de las toxicomanías:

- información sobre las diferentes drogas lícitas e ilícitas y sus consecuencias, por la transmisión de los conocimientos;
- formación a través de la educación para la decisión y especialmente la educación para una juiciosa elección.

76

Para alcanzar este último objetivo es indispensable subrayar que la escuela reencuentre su papel educativo, pues, en muchos casos, durante los últimos años su papel esencial parecía ser el concentrarse más en la transmisión del saber: con objeto de liberar a los niños de la influencia de ciertas tendencias morales o ideológicas enseñadas en la escuela y que podrían afectar su comportamiento o su juicio individual, los responsables de los programas han retirado poco a poco las enseñanzas de esta naturaleza sin, por otra parte, enseñar a los alumnos sobre las condiciones esenciales para llegar a una decisión y hacer una juiciosa elección.

- Posibilidad de asociar a los padres en esta educación, bien directamente por reuniones organizadas con esta intención, bien por medio de asociaciones padres-alumnos, bien por la creación de comités mixtos de gestión padres-alumnos-profesores.

Inconvenientes

Podemos considerar los inconvenientes a tres niveles:

- el de los niños
- el de los padres
- el de los profesores

— *A nivel de los niños*

- el hecho de que los niños estén siempre reunidos no siempre es una ventaja, pues si bien favorece, por una parte, los buenos hábitos enseñados, por otra parte desarrolla, consolida, los malos hábitos bajo la influencia negativa de los grupos de amigos;

- a menudo se comprueban importantes diferencias a nivel de la madurez de los alumnos;

- hay una gran falta de interés por parte de los alumnos para los temas que no les afectan directamente (enfermedades cardiovasculares, por ejemplo), y en la mayor parte de los casos los alumnos temen que la añadidura de una materia al programa escolar se traduzca en un aumento del trabajo escolar.

— *A nivel de los padres*

La educación para la salud, que, por definición, es global, no puede hacerse sin la participación de todos los interesados, y en este caso conviene asociar a los padres y a los niños. Ahora bien, esta asociación no puede hacerse en todos los Estados miembros de la misma forma. En efecto, esto es fácil para algunos grupos de países donde la vida cultural y la educación básica son ho-

mogéneas para toda la población; para otros, por el contrario, que aún no han alcanzado este nivel, esto presenta ciertas dificultades.

En los países del primer grupo, el hecho de venir a la escuela para discutir con los maestros o estar asociado a una acción de información y de formación con los niños es parte de un proceso normal. Estos padres han tenido una escolaridad normal, a menudo han alcanzado un nivel de instrucción medio o superior, han sido educados por padres que, ellos mismos, ya habían realizado una escolaridad normal.

Por el contrario, para los miembros del segundo grupo, especialmente para los de las zonas rurales, viviendo en medio rural o urbano, o aun aquellos de medios obreros que ocupan puestos no especializados, la escuela representa un momento difícil de la vida por varias razones: no han tenido una escolaridad normal y sus padres no tenían una buena opinión de esta institución, pues ella privaba a la familia, durante un tiempo más o menos largo, de la ayuda aportada a los trabajos de los campos, de la casa u otros por los niños. Para algunos constituye un pesar por el hecho de que ellos tenían buenas disposiciones, estaban interesados por los estudios que ellos hubieran querido continuar, pero que han debido abandonar porque esto constituía un lujo para la familia. Este tipo de padres difícilmente vienen a la escuela por temor a encontrarse con personas de capas sociales más elevadas, de no estar «vestido como es preciso» y de si son interrogados, expresarse mal, lo que piensan puede perjudicar a sus hijos.

Además de estas dificultades que se podrían calificar de orden cultural, hay una de orden económico o práctico. Para «redondear» el salario estas per-

sonas a menudo están obligadas a hacer horas suplementarias que les ocupan las últimas horas de la tarde, trabajan en turnos rotatorios, y por ello no tienen los mismos horarios que los otros, tienen que efectuar largos recorridos para ir a los lugares de trabajo y regreso a la casa, trabajan ambos cónyuges y por la noche la madre debe cumplir tareas familiares de las cuales no ha podido ocuparse durante la jornada.

Los trabajadores emigrantes constituyen un caso aparte, pues para ellos a este tipo de dificultades se añade el desconocimiento de la lengua del país acogida.

En todo caso se comprueba que:

- los padres que vienen a las reuniones de padres de alumnos, tanto en los países del primer grupo como en los del segundo, son aquellos que han estado mejor informados y para los cuales lo que se les quiere enseñar, solos o con los niños, no constituye una novedad.

Por otra parte, en estas reuniones de padres de alumnos a menudo se abordan problemas materiales relativos al centro dado, pero raramente y con eficacia problemas tales como las toxicomanías. A veces éstos son abordados en caso de crisis cuando se produce un accidente en el medio escolar, por ejemplo, un fallecimiento por sobredosis, y es bien conocido que en tal hipótesis su intervención en el medio escolar tiende sobre todo a desencadenar una acción represiva, de «limpieza», pero raramente la puesta en obra de una política promocional por la vía de un programa de educación para la salud.

- falta interés en la educación para la salud, pues algunos padres consideran que esta materia no permite a su hijo acceder a un mejor futuro;
- otros, por el contrario, consideran la educación para la salud como un tema que es competencia de sus responsabilidades y no de la escuela.

— *A nivel de profesores*

1. Un profesor para serlo verdaderamente debe apoyarse en el buen ejemplo. Ahora bien, el comportamiento de los profesores en el medio escolar, su vida privada y el tipo de formación recibida son en muchos casos factores de influencia negativa. Las formas de contestación internas en la escuela, las luchas entre colegas o profesores con la dirección han contribuido a rebajar la imagen del marco de esta institución y desacralizar el papel del maestro. Ahora bien, estos son elementos de primordial importancia en una acción de educación promocional de la salud.

En efecto, si una «desprofesionalización» del maestro es una de las condiciones indispensables para la enseñanza de la educación para la salud —que no puede hacerse «ex-cathedra», sino escuchando, poniéndose al nivel de los alumnos y entre ellos para captar su interés, apreciar sus preocupaciones, vivir sus problemas— esto debe hacerse sin dañar la personalidad del profesor y los alumnos no deben servir de «instrumento» a uno de ellos para combatir a un colega.

Esta comprobación, que es válida tanto como regla de conducta como

para la enseñanza de una materia dada, asume una particular importancia para la educación para la salud, pues esta materia no puede ser el patrimonio de un solo profesor, sino la obra común de todos; de ahí la exigencia fundamental de que todos los alumnos tengan confianza en todos los profesores.

2. a menudo los profesores no están formados en educación para la salud o no están motivados para enseñar esta materia, pues esta enseñanza, a menudo, no les aporta ventajas ni en el plano profesional ni en el económico. Lo hacen en contra de su voluntad, lo que disminuye su credibilidad.
3. por el contrario, otros temen que al abordar estos temas tengan el riesgo de perder el control de la clase.

LAS INSTITUCIONES SOCIALES

Bajo este título se encuentran diferentes instituciones o servicios, entre los que destacan:

- Oficina de ayuda social.
- Centro Social.
- Diferentes servicios sociales operando por sí mismos o en el marco de otras instituciones.

Ventajas

- Se trata de instituciones que operan sobre el terreno con un personal que conoce el sector, los clientes, sus problemas.
- Este personal conoce igualmente las otras instituciones que pueden intervenir en la solución de los problemas que les son presentados e

incluso, en numerosos casos, a aportar una solución que rebase la situación contingente, por ejemplo, una necesidad inmediata.

- En general, el trabajador social tiene buenas relaciones con los médicos y el personal sanitario. En muchos casos el trabajador social debe cumplir una acción importante para favorecer a los ojos de un cliente un tratamiento necesario para su salud. De hecho, representa un papel de intermediario entre médico y cliente y, gracias a una acción de apoyo, una función de escucha y un trabajo de desdramatización o de clarificación de la situación puede llevar a la persona afectada a darse cuenta de la necesidad de uno u otro tratamiento. El cuerpo médico apoya generalmente la gestión del trabajador social adaptando las medidas terapéuticas que él impone.
- Es el vínculo de unión entre el cliente y una organización benévola que puede ayudarlo a resolver sus problemas; asimismo, por sus funciones, el trabajador social puede en ciertos casos emprender o apoyar al cliente en sus gestiones administrativas u otras, por la toma a cargo de un tratamiento, por ejemplo, por la Seguridad Social y la ayuda económica a aportar a la familia, si el tratamiento da lugar a una disminución de ingresos que la familia no pueda soportar.
- La posición del personal en el marco de la institución constituye en muchos casos una ventaja y una garantía para el cliente. En efecto, el trabajador social, aun siendo un funcionario de la administración pública, debe actuar por reglas de deontología, en el interés del cliente, el secreto profesional que cubre su ac-

ción favorece su intervención en el campo de la lucha contra la dependencia.

Inconvenientes

- El mayor inconveniente es la falta de acción propia del trabajador social, pues actualmente y en muchos países toda acción de su parte raramente surge de su propia iniciativa, está por su función destinado en alguna forma a esperar al cliente o actuar bajo dependencia de una tercera persona. Esto puede tener consecuencias negativas, especialmente cuando el cliente está demasiado marginado para dirigirse hacia el servicio social o bien tiene miedo al servicio, temor de imposición de un miembro de la familia, especialmente los niños.
- La situación favorable que existe en el sentido de un vínculo eficaz del trabajador social hacia el médico tiene un solo sentido. Por falta de iniciativa o de confianza, quizá por desconocimiento de las funciones y del papel preciso de los trabajadores sociales, numerosos médicos no ven el interés y sobre todo el interés del cliente de trabajar de acuerdo con los trabajadores sociales. Así, a menudo sucede que los médicos, bien despreciando los aspectos sociales del problema del cliente, bien intentando resolver todos los problemas por ellos mismos, llegan en muchos casos a soluciones imperfectas, pues ellos carecen de competencia, es decir, de información sobre los diferentes medios que pueden ser puestos a disposición del cliente o de su familia para resolver o ayudar a resolver su problema.
- la demanda de servicios sociales

pesa sobre los trabajadores sociales; casi nunca tienen la posibilidad de reflexionar sobre los numerosos problemas urgentes a los que se enfrentan y sobre las mejores soluciones que podrían encontrar a largo término. A menudo tienen un mal conocimiento del medio escolar (en muchos países, la permanencia en la escuela no contribuye a una tarea específica, sino una parte de su trabajo diario), incluso cuando son asistentes sociales a jornada completa en el centro escolar están obligados a ocuparse de diversos centros, situados a veces en zonas bastante alejadas de una ciudad, lo que no favorece el contacto con el cliente, su familia y el conocimiento del medio en que ellos viven.

Los profesores, sobre todo los de las enseñanzas medias, tienen generalmente tendencia a recurrir a los trabajadores sociales para resolver los problemas que les molestan en su trabajo (presencia de un elemento que, por su carácter, comportamiento, incluso facultades físicas o mentales, perturba la clase o el buen desarrollo del programa), a menudo, con la esperanza de descargarse de este obstáculo.

La naturaleza de estas relaciones, asociadas a una formación inexistente o insuficiente en materia de educación para la salud, sobre todo después de las recientes reformas en la enseñanza que han reducido considerablemente las horas dedicadas a la iniciación a las ciencias médicas, no permiten a los trabajadores sociales jugar, por el instante, un papel cualquiera en materia de educación para la salud ni en medios escolares, ni en la comunidad.

- Por último, en la mayor parte de los

casos, si los trabajadores sociales disponen del destino de trabajadores familiares, no hay, por las razones que se acaban de evocar, un verdadero vínculo orgánico que permita la realización de un proyecto educativo a nivel de familia.

LOS SINDICATOS

Los sindicatos han de jugar un papel importante en todas las fases de la prevención: constituyen, en efecto, un órgano susceptible de realizar una destacada actividad en la educación de sus miembros y en la promoción de la calidad de vida. Asimismo, estando la ética sindical fundada en la solidaridad, el sindicato representa por definición el órgano más idóneo para evitar la marginación de los drogadictos dentro de la empresa, o su despido, y de esta manera, facilitar su rehabilitación sin recurrir a medidas represivas.

El papel de los sindicatos en prevención primaria se asemeja al de diferentes instituciones extraescolares en su acción de información y educación para la salud. Su especificidad consiste en realizar esta acción en el lugar de trabajo, y no dentro de estructuras educativas o culturales, contribuyendo así a resolver en el seno de la empresa los conflictos sociales o situaciones de insatisfacción (p. ej. trabajos repetitivos, sin interés, no valorizantes, sin posibilidad de promoción, etc.), que podrían llevar a comportamientos peligrosos para la salud a través del uso de psicotropos.

En prevención secundaria y terciaria se deberá hacer hincapié en la solidaridad: no hay que considerar al compañero víctima de la droga como un marginado, un vago, alguien que descuida su cometido y que obliga a sus com-

pañeros a trabajar más para respetar el ritmo del grupo o de la empresa. En ciertos casos el patrono ya tiene la tendencia a desembarazarse de este tipo de trabajadores. Si la solidaridad en el trabajo puede contrarrestar esta tendencia, asegurando que se mantenga la productividad y el respeto de los ritmos, la solidaridad moral que uno encuentra al contemplar la angustia de los compañeros, le puede permitir constatar que no está abandonado. Los vínculos que puede establecer el sindicato con la familia del interesado serán una prueba de éxito dentro de una acción de rehabilitación, pues el trabajador deberá reaccionar. Sabe que la situación no puede continuar, que otros asumen una carga por él, pero constata, sobre todo, que continúan tratándolo como un ser responsable y capaz de reaccionar.

Cuando este trabajador declare estar dispuesto a comprometerse con un programa de desintoxicación, podrá negociar el sindicato con el patrono y con las instancias de la Seguridad Social, las condiciones que le permitan seguir un tratamiento, ausentarse del trabajo si fuera necesario o, llegado el caso, adaptar los ritmos a sus posibilidades reales de trabajo. Efectivamente, no hay que olvidar que conservar el salario permitirá a la familia del trabajador, que no tiene responsabilidades propias dentro de la situación, continuar viviendo dignamente, y en lo que concierne al trabajador, enfrentarse a sus obligaciones sin hacer la vida imposible a la familia, o peor todavía, a la reventa bajo la presión de los traficantes.

Finalmente, podrá el sindicato tomar medidas constructivas y educativas para prevenir la venta de productos peligrosos en los alrededores de la empresa, contribuyendo así a la acción indispensable a tomar contra el tráfico

de productos ilícitos, pero haciendo hincapié claramente en el hecho de que los traficantes y sólo ellos son criminales y no las personas que son sus víctimas.

INSTITUCIONES SANITARIAS

Las principales instituciones sanitarias afectadas por el problema son:

- hospital
- dispensarios
- centro de protección de la madre y el niño
- consultas de alimentación infantil
- consultas escolares
- el médico de cabecera actuando en el ejercicio de una profesión liberal o de un servicio nacional de sanidad.

Hospital

La verdadera institución sanitaria más desarrollada en todos los Estados miembros es el hospital, en sus formas de hospital regional, intermedio o local. La OMS ha definido al hospital como «el elemento de una organización de carácter médico y social, cuya función consiste en asegurar a la población cuidados médicos completos, curativos y preventivos y cuyos servicios exteriores irradian hasta la célula familiar considerada en su medio. Es también un centro de enseñanza de la medicina y de investigación biosocial.»

Ventajas

Si la mayor parte de los hospitales actuasen conforme a la anterior definición, es innegable que la institución hospital sería quizá la mejor equipada para responder de forma eficaz y glo-

bal al problema que presentan las toxicomanías. En efecto, el hospital:

- es multidisciplinario en su acción;
- permite guardar al paciente durante un cierto tiempo;
- facilitarle todos los cuidados médicos, psicológicos y psiquiátricos que le son necesarios;
- aportarle la ayuda social al mismo tiempo que una cierta tranquilidad que deriva de la toma a cargo no sólo económica, y
- favorece, por último, su extracción del medio peligroso, tanto en lo referente a los productos como a las personas.

82

Además, por su acción de tratamiento ambulatorio y por los servicios exteriores que llegan hasta la célula familiar, puede realizar una acción de prevención en tres niveles: primario, secundario, terciario.

Una sabia dosificación en los servicios entre pacientes al final del tratamiento, especialmente aquellos que han conseguido su desintoxicación y aquellos que la inician, puede, por la vía del estímulo, favorecer el éxito del tratamiento y un apoyo mutuo entre personas que han conocido el mismo tipo de problemas.

Inconvenientes

En lo que concierne al hospital, la mayor dificultad reside en el hecho de que no todos los hospitales, sobre todo los del medio rural, pueden ejercer las funciones previstas en la definición ya mencionada por falta de medios, y que otros, mejor equipados en el medio ur-

bano, han abandonado sus funciones para concentrar su acción sobre la terapia, teniendo en cuenta que, en muchos casos, el número de pacientes que necesitan cuidados inmediatos o urgentes rebasa el número de camas disponibles. Esto ha tenido como consecuencia que el hospital, actualmente, no puede aplicar el principio «not merely CURE but also CURE» (*), y la OMS, en una definición más reciente, define el hospital como un «ente capaz de recibir a las personas enfermas o presuntamente enfermas, heridas o parturientas, asegurándoles el alojamiento y la alimentación, así como cuidados médicos más o menos prolongados: observación, diagnóstico, etc., y readaptación. También puede, en caso necesario, ofrecer servicios de consulta externa para enfermos ambulatorios».

Se comprueba que la función social y la acción preventiva que debería ejercerse hasta la célula familiar no figuran en esta segunda definición y que, por este hecho, el hospital no puede jugar más el papel global descrito en el título de «Ventajas», sino que debe limitarse a una acción específica en el marco de un proceso determinado.

Si antes el hospital podía constituir una pantalla ante el individuo, un producto o personas peligrosas, hoy, sobre todo en lo referente a los grandes hospitales, esta consideración no es válida. Pues es bien conocido que la droga circula en el medio hospitalario y es imposible impedir o controlar las visitas como se hacía en el pasado.

El personal hospitalario, así como todo el personal de sanidad que actúa fuera de las instituciones, no ha recibido una formación profesional o bien no

(*) No solamente curar, pero también curar.

ha tenido el tiempo en ciertos casos de ser el consejero sanitario de los enfermos y de su familia.

Los hospitales, en muchos casos, han sido obligados a recibir toxicómanos enfermos o en crisis de abstinencia sin que hayan sido puestos a su disposición los medios adecuados para crear una apropiada estructura en locales y en personal.

El toxicómano está considerado por el hospital como un factor perturbador, una molestia para los otros enfermos, del cual hay que desembarazarse lo más pronto posible. En estas condiciones, el hospital no ejerce una verdadera acción terapéutica; el personal sanitario se limita, en efecto, a administrarle sustitutos legales del producto tóxico (metadona) o bien calmantes, aislándole de los otros pacientes para evitar incidentes o accidentes para él y para los otros pacientes hospitalizados que no son toxicómanos. Esta situación ha tenido por efecto, en ciertos hospitales, la creación de un servicio aislado para tóxico-dependientes, que no respetan los criterios «de buena dosificación» entre adictos en fase de tratamiento y aquellos al fin del tratamiento, pero ocasiona un «ghetto» que no beneficia a nadie, ni a los pacientes, ni al personal de los servicios.

OTROS SERVICIOS (*)

Ventajas e inconvenientes

En los otros servicios se pueden mencionar ciertas formas descentrali-

(*) Desde luego, entre estas instituciones se podrían tomar en consideración los Centros de Puertas Abiertas que juegan un importante papel tanto en la prevención y la terapia, como en la readaptación de toxicómanos. Pero esta cuestión ya ha sido ampliamente desarrollada en el estudio sobre el tratamiento de la farmacodependencia.

zadas de la acción sanitaria, tales como los dispensarios, centros de protección de la madre y el hijo, la consulta de lactantes y la consulta de salud escolar. Se trata de servicios que podrían jugar un papel muy útil en el campo de la prevención, del diagnóstico precoz, y que son susceptibles de favorecer el mantenimiento de lazos con un paciente en peligro en espera de que él acepte ir a otros servicios mejor instalados para tratar su caso.

El único inconveniente que se puede encontrar en estas instituciones es que, especialmente para los dispensarios, éstos han representado en ciertos países y durante largo tiempo el centro donde se practicaba la ayuda médica, la medicina del pobre, y, por este hecho, el cliente que tenía medios evitaba ir a ellos.

En lo que respecta a los centros de protección de la madre y el niño y la consulta de lactantes, su lazo con los toxicómanos es, a veces, doble; se refiere a la vez a la dependencia de la madre y la del hijo que va a nacer. Por este hecho es muy importante, pues se presentan muchos problemas cuando la madre es alcohólica o toxicómana. Por otra parte, se comprueba que el hecho de encontrar lactantes dependientes no es raro, sobre todo el caso de la heroína.

En los casos de madres alcohólicas, los efectos que se comprueban sobre el producto de la concepción son tales que, si no se toman medidas durante el embarazo o inmediatamente después del parto, la salud física o mental del niño puede quedar afectada para el resto de su vida. Estos centros tienen, pues, un importante papel para adoptar las medidas necesarias y para asegurar la abstinencia del niño y los cui-

datos de toda naturaleza aplicados a su caso.

En lo relativo a las consultas de salud escolar, el problema mayor, especialmente para los países en que no está integrada con los otros servicios sociosanitarios, el problema principal reside en la falta de medios (en ciertos países el médico escolar ve a los niños una vez al año) y en la ausencia de relaciones o de seguimiento entre el cuerpo docente, los trabajadores sociales que operan en el medio escolar y la medicina escolar.

MEDICOS DE CABECERA

Aunque sea difícil considerar al médico de cabecera como una sola institución, sin embargo, es indispensable proceder a un análisis de su papel, tanto en la terapia, campo que surge por la definición del ejercicio diario de sus funciones, como en la prevención y educación para la salud, con respecto a las cuales las opiniones, en cuanto a su papel, no son concordantes y, en todo caso, no están uniformemente desarrolladas en los diferentes países.

Una primera consideración en esta materia dimana de la comprobación de que el papel del internista es diferente según la estructura del sistema de sanidad: es manifiesto que la prevención y la educación para la salud son parte integrante de la actividad del facultativo que opera en un servicio nacional de sanidad, pues, entre otros, está remunerado para ocuparse de estas cuestiones, mientras que es más difícil atribuirle una obligación, salvo quizá deontológica, de adoptar iniciativas de educación para la salud, en el marco del ejercicio de la medicina liberal.

Una cosa es cierta; mucho depende

de la personalidad del facultativo y de la manera en la cual él prevé y juzga su papel, también en el caso en que él ejerza como funcionario en libre ejercicio.

Ventajas

El médico internista (médico de cabecera) representa la imagen central del sistema de sanidad.

El paciente es receptivo a los consejos de su médico.

El médico está bien situado para darle consejos y no solamente en el curso de la consulta, cuando el paciente viene a verle para un problema específico de salud, sino también a título preventivo, por ejemplo, durante un chequeo, incluso aunque el examen físico no revele ningún factor de riesgo.

Los toxicómanos que van a consultar al médico tienen la certeza de que su consulta está cubierta por el secreto médico. El médico de cabecera está, a menudo, mejor situado para darle una ayuda, igualmente cuando una familia o un grupo (profesores, amigos) vienen a consultarle y quieren llevar a un toxicómano o efectivamente lo llevan, el médico puede ayudar a la familia o al grupo,

- escuchando en primer lugar
- permitiéndole tener una perspectiva
- desdramatizando
- encontrando los medios de restaurar las relaciones padre-hijo (adulto-niño)
- modificando actitudes inadecuadas

das (demasiado permisivos, demasiado rígidos)

- desaconsejándoles la adopción de comportamientos intempestivos que serían percibidos por el joven como un rechazo; llamar, de entrada a la policía, expulsión de casa, de la escuela, etc.

El internista puede iniciar un diálogo con un toxicómano cuando éste le consulta por situaciones distintas a las de su estado, por ejemplo, infecciones debidas a carencias de higiene (inyecciones con jeringuillas no esterilizadas), consecuencias secundarias por el uso o el abuso de drogas, hepatitis viral, etc.

El médico internista, cuando es médico de cabecera, es el mejor situado para comprender «el caso» en su globalidad y tomar solo o asociado con otros servicios o instituciones todas las medidas de orden terapéutico y/o sociales que se imponen para asegurar o hacer asegurar la continuidad de los cuidados.

Inconvenientes

Si bien el internista es la imagen central del sistema sanitario, está rodeado de una constelación de otras profesiones. Al lado de las instituciones de cuidados, diagnóstico precoz, vigilancia, guía, hay otro personal de sanidad que trabaja independientemente de él, como el farmacéutico, trabajadores sociales, con los cuales la colaboración no siempre es fácil ni organizada. Ahora bien, el éxito de una acción y de un tratamiento depende de esta cooperación.

Existe poca o ninguna colaboración entre el cuerpo docente y el médico in-

ternista fuera de un servicio nacional de sanidad. En efecto, cuando los profesores comprueban o piensan que hay un problema de salud para un alumno, su intervención se limita a informar a los padres o a los responsables de la medicina escolar, pero jamás al médico de la familia. En la primera hipótesis, no es seguro que la familia haga caso a la indicación del profesor (por falta de tiempo, medios económicos, temor a complicaciones y molestias, etc.) o, si emprende una acción, puede interpretar mal la indicación de un profesor que puede ser errónea desde el principio al no ser este último un profesional de la sanidad.

En la segunda hipótesis, muchas dificultades se derivan del hecho de que, en los países donde la medicina se practica sobre una base liberal, los médicos escolares no tienen el derecho de cuidar, sino únicamente de diagnosticar y de informar a la familia; y, solamente si ésta colabora, dar a conocer, generalmente por escrito, su diagnóstico al médico de la familia.

En conclusión, el médico internista raramente tiene contactos directos con el personal docente, las informaciones que recibe son incompletas y, en un campo tan importante como el de la tóxicodependencia, esto puede tener consecuencias muy graves tanto para el alumno como para la familia (temores injustificados, culpabilización, medidas intempestivas, etc.).

Las medidas adoptadas o las informaciones contradictorias transmitidas por este personal pueden anular los esfuerzos hechos para tratar un caso o hacer pasar un mensaje, etc., y tanto en uno como en otro caso, sólo una buena coordinación de esfuerzos puede garantizar el efecto sinérgico que es condición principal de éxito.

Durante mucho tiempo, los médicos han sido formados más bien para «tratar» al enfermo un poco como un «incapaz» con el cual el diálogo era, salvo rara excepción, imposible tanto en el plano de la terapia, como para aconsejarle, a él o a su familia, tal como hoy se preconiza en el marco de una política sanitaria. Ahora bien, esta política pasa por un esfuerzo de desmedicalización o de desprofesionalización que muchos médicos no están dispuestos a hacer, pues ellos no aprecian estas ventajas ni en el interés sanitario del paciente (en efecto, consideran que aconsejar un cambio de hábitos, un régimen alimenticio u otro a un paciente puede suponer frustraciones que pueden tener consecuencias a nivel psicológico, equivalentes, sino más graves, que aquellas que se derivan del mantenimiento de hábitos adquiridos en el plano físico) ni en el económico de la profesión (en la mayor parte de los países donde el médico ejerce una profesión liberal, es remunerado en el acto y el tiempo que debería consagrar a la educación para la salud reduce el de las visitas, a menos que pueda repercutirlo en el precio de la consulta).

En las grandes ciudades, los médicos liberales no son ya médicos de cabecera. En numerosos casos, el paciente es, o bien un nuevo cliente o viene a consultarle algunas veces y de forma no exclusiva. En efecto, puede suceder que, de una a otra vez, éste haya consultado a otros colegas o especialistas. Por consiguiente, los internistas conocen muy pocas cosas sobre su familia o sobre su situación de trabajo; su expediente es muy incompleto para emprender el tratamiento global de su caso, con pleno conocimiento de causa.

Muchos médicos, sobre todo los formados antes de 1965 sólo tienen un co-

nocimiento imperfecto de los problemas de la droga y de sus consecuencias sobre el plan farmacológico de ciertos medicamentos. Lo que ha hecho decir a los expertos que más del 75% de los toxicómanos se aprovisionan de los médicos y a veces a espaldas de estos últimos.

Los médicos no saben, por falta de experiencia, el tiempo que requiere una desintoxicación. Por ello, después de haber aceptado la solicitud de un paciente, encuentran grandes dificultades para darle continuidad.

Por otra parte la desintoxicación no es más que una breve etapa en el largo tratamiento del toxicómano, está esmaltada inevitablemente de numerosas recaídas, lo que hace que este tratamiento solo puede hacerse en cooperación con otras instituciones.

En efecto, no se puede realizar felizmente este tratamiento si se olvida el aspecto multidimensional del problema, que es preciso tener en cuenta:

- Los problemas psicológicos, y en caso necesario, los problemas somáticos.
- Los problemas sociales, económicos, de relación de trabajo, jurídicos, etc.

De ahí el interés de contar con ayuda de otras instituciones y la dificultad de tomar solamente a su cargo durante largo tiempo al toxicómano. Es necesario saber colaborar, dejarse ayudar, pasar el relevo.

Así, y tal como lo hemos subrayado para el cuerpo docente, es indispensable que los médicos y el otro personal sanitario tengan un comportamiento de armonía con las medidas que ellos en-

señan y preconizan; ahora bien, si los médicos europeos han hecho un gran esfuerzo en lo relativo al tabaquismo, desgraciadamente no ocurre lo mismo para el alcohol (tanto el alcoholismo mundano como el alcoholismo debido a un consumo habitual que se une a una forma de vida, a la sobrecarga del trabajo y a veces al desaliento frente a casos para los cuales es impotente la ciencia médica).

ASOCIACIONES BENEVOLAS (INCLUIDAS LAS CONFESIONALES)

Para mejor situar el papel de estas organizaciones en la prevención de la toxicomanía, citaremos aquí la definición de la Asociación Alcohólicos Anónimos: una sociedad de hombres y de mujeres que ponen en común sus experiencias sus energías, y su esperanza con el objetivo de resolver sus problemas comunes y con el objetivo de ayudar a otros que aún deben enfrentarse a la enfermedad del alcoholismo.

Hemos tomado esta definición, pues en este caso no se trata de tomar en consideración todas las organizaciones benévolas, sino esencialmente aquellas que trabajan en el campo de las toxicomanías.

Debemos indicar que en el Reino Unido, se acaba de crear, con mucho éxito, los «Narcotics Anonymous», para los drogodependientes.

Las asociaciones juveniles juegan un papel particular entre las asociaciones benéficas. En efecto, hasta el presente han sido elaborados demasiados programas de prevención o de tratamiento de rehabilitación de toxicómanos por expertos adultos para jóvenes.

La experiencia enseña que no se han

tenido a menudo en cuenta en esos programas los deseos, la sensibilidad, la capacidad o la actitud de los jóvenes que habían de recibir los mensajes, de identificarse con estos programas. En muchos casos, estos programas han tenido el efecto inverso del esperado, sobre todo cuando se trata de programas represivos, culpabilizantes, que ponen el énfasis esencialmente sobre el producto y no sobre la situación psicosocial o familiar de un joven, siendo ésta la única que puede explicar su comportamiento.

Se propone también asociar a los jóvenes a la elaboración de estos programas recurriendo a menudo a aquellos que hayan vivido experiencias de toxicomanías y que hayan podido salir de ellas.

Hay pues que reemplazar los programas para los jóvenes por programas elaborados con la colaboración de los jóvenes.

Para atender este objetivo conviene que en todos aquellos países donde existe un organismo responsable de la política de la juventud, éste promueva las iniciativas de coordinación de las diferentes actividades, tomando como punto de partida los jóvenes en su dignidad, responsabilidad y capacidad para resolver sus propios problemas. De otra forma nos arriesgamos a asistir, como a menudo ocurre, a la presentación de programas y a la difusión de mensajes contradictorios, que no hacen sino sembrar la confusión y la angustia entre jóvenes que a menudo han recurrido a la droga porque han perdido el sentido de la realidad.

Ventajas

El paciente que se dirige a estas organizaciones es acogido sin ser juzga-

do. No se le hace ningún reproche y se intenta desculpabilizarle. No es él quien ha elegido voluntariamente ser toxicómano, sino un conjunto de circunstancias las que le han llevado a usar y a abusar de un producto (droga, alcohol).

Este tipo de asociaciones, cuando se adecuan a la definición antes dada, tratan al toxicómano, ante todo, como una persona a la cual es necesario aportar una solución individual, lo que constituye una ventaja en relación con ciertas instituciones públicas que tienen tendencia a tratar, a veces, a estas personas como casos clínicos.

Algunas de ellas tienen un cariz religioso, especialmente las confesionales, lo que puede constituir una ventaja, pues a menudo los toxicómanos son personas en búsqueda de lo absoluto (el diálogo con la divinidad consuela al toxicómano, sobre todo en las religiones que predicán el perdón y la misericordia de Dios).

En las asociaciones benévolas, lo esencial no es la defensa de un tipo de sociedad, sino el amor por el prójimo. Lo que hace que no haya sanción moral, sino una gran tolerancia y mucha comprensión para las recaídas. Los factores costo-eficacia de los que a veces es necesario tener en cuenta cuando los fondos públicos están en juego, no tienen la misma importancia cuando se trata de una asociación benévola que actúa por medio de un personal voluntario y, por este hecho, tiene menos tendencia a considerar ciertos casos difíciles como «causas perdidas».

Para el toxicómano, la asociación constituye una pequeña unidad de vida donde él puede intentar sus primeras experiencias. Ahora bien, esta experiencia es necesaria, pues es sólo

cuando se ha adquirido un poco de seguridad cuando se atreve a comportarse de la misma forma en el mundo exterior. La asociación favorece uno de los objetivos fundamentales del toxicómano, volver a tener confianza en sí mismo. En efecto, en una institución de este tipo, el toxicómano aprende a vivir con los otros, pues todos tienen el mismo problema y saben que sólo pueden resolverlo conjuntamente. El encuentro con una persona que ha conocido el mismo problema y que ha salido con él, ayuda a mantener la esperanza.

Inconvenientes

Los inconvenientes de este tipo de asociaciones son de alguna forma el reverso de las ventajas:

Si la institución pública está al servicio de la sociedad y actúa para recuperar al toxicómano según la concepción de la ideología dominante en un país democrático, sirve a la tendencia mayoritaria y al interés general de la sociedad. Por el contrario, la acción de ciertas asociaciones benévolas se deriva, a veces, de una filosofía o de una tendencia bien determinada.

Asimismo, si lo esencial de estas asociaciones es el amor al prójimo, en ciertos casos este amor puede tomar formas tan exclusivas que es susceptible de crear dificultades en la resocialización del toxicómano.

La ausencia de juicio, la gran tolerancia, es decir, la ausencia de sanción cuando se aparta del camino trazado para la resocialización pueden constituir, para ciertos individuos débiles, una dificultad suplementaria, especialmente en la vía de la abstinencia.

Siendo benévolas estas asociaciones, tienen recursos necesarios limitados, lo que, en muchos casos, sólo les permite aportar una ayuda parcial al toxicómano y no estando siempre bien establecida su colaboración con las instituciones públicas, se pueden presentar dificultades. En efecto, hay que señalar que las instituciones públicas y los responsables a menudo tienen prejuicios, es decir, desconfianza, hacia las instituciones voluntarias, sobre todo de naturaleza confesional.

Los limitados recursos de estas asociaciones a veces les conduce a una gran sectorización de sus intervenciones (droga, alcohol, etc.), lo que no favorece un enfoque global de los problemas de salud de las personas de las que ellas se ocupan.

El personal de estas asociaciones puede haber recurrido a terapias o a metodologías que, desde el punto de vista social y sanitario, pueden desviarse de lo que puede considerarse moral y científicamente aceptable; pero el hecho es que los poderes públicos limitan a menudo sus acciones de control a un examen de los objetivos y finalidades de las asociaciones benévolas sin entrar en el detalle de la metodología o de terapias que aplican a las personas que se dirigen a ellas con la esperanza de encontrar una ayuda para la solución de sus problemas.

LA FAMILIA

Ventajas e inconvenientes

Desde siempre la familia ha jugado un papel muy importante, tanto en la prevención como en la terapia de los problemas socio-sanitarios y especialmente en el campo de la educación para la salud.

Si la educación se hace también y esencialmente a través del ejemplo de los buenos hábitos, la familia es, por definición, el lugar donde los niños pueden espontáneamente adquirir los buenos hábitos. Esta privilegiada situación de la familia es también su debilidad, pues los muchos ejemplos y los problemas familiares repercuten sobre el medio y pueden marcar a los niños.

A este respecto se han desarrollado numerosas reflexiones y consideraciones científicas en los informes sobre la «prevención de la farmacodependencia» y de la «prevención del alcoholismo en los jóvenes». Sería superfluo repetir las aquí.

Desde el punto de vista sociológico, es interesante señalar que la tradición de la medicina basada en el funcionalismo —que se ha desarrollado especialmente hacia los años 50 y después de la creación de la Organización Mundial de la Salud— ha sostenido la tesis de que el enfermo debe ser separado de su familia para ser cuidado en estructuras socio-sanitarias puestas a disposición de las Comunidades con el fin de no perturbar la vida familiar. Esta tesis ha sido apoyada por ciertas teorías de tendencia marxista, según las cuales las funciones de asistencia, ayuda recíproca y de cuidados sanitarios deberán progresivamente ser transferidas de la familia a la colectividad.

Estas ideas, que tenían un justo fundamento en lo que concierne a la necesidad de una solidaridad comunitaria organizada con respecto a la enfermedad —era, en efecto, inhumano y socialmente inaceptable que toda una familia tuviera que sufrir y soportar la carga del hecho de que uno de sus miembros hubiese sido afectado por la enfermedad— han tenido como consecuencia negativa la falta de complica-

ción familiar en los problemas reales relativos a la salud de sus miembros. Ahora bien, es una regla muy conocida en la terapia que el amor y el interés que se dedica al enfermo están entre los factores más importantes para su curación.

Hoy, se tiende a revalorizar a la familia tanto como institución de prevención cuanto unidad de base en los servicios de cuidados primarios (Conferencia de Alma Ata). Algunos pretenden que el desarrollo de un vasto sistema integrado en tanto que sistema profesional y burocrático para hacer frente a las necesidades de salud es directamente proporcional al aislamiento y a la separación de la familia de sus deberes sociales respecto a la salud de sus miembros. En materia de toxicoddependencia hay que señalar cómo el tratamiento «aislado» de los problemas socio-sanitarios de la familia contribuye a modificar las relaciones entre sus miembros y a favorecer su situación de dependencia con respecto a las instituciones.

La búsqueda de soluciones a las necesidades de la pareja en el exterior de la familia es la base de un creciente desarrollo de la asistencia y de la medicalización de la vida. Estos fenómenos engendran a su vez una fragmentación posterior y una degradación de la vida familiar, produciendo así nuevas patologías que no pueden ser controladas por el sistema porque ellas surgen en el mundo de la vida (mundo alineado, medicalizado) donde los individuos son incapaces de tomar a su cargo y de autoadministrar su capital salud. Esto es típico de familias donde hay alcohólicos o drogodependientes.

La participación de los padres en acciones de educación para la salud en favor de sus hijos, las medidas especí-

ficas adoptadas con esta intención en los marcos de la educación de adultos y de educación permanente, así como la participación directa o indirecta de la familia en la gestión de las estructuras descentralizadas de la salud, debe realzar la importancia de esta célula fundamental de la sociedad, pues de otra forma, ciertos adolescentes, especialmente los toxicómanos, se alejarían hasta tal punto de su familia que la terapia de reasocialización a poner en marcha precisaría la constitución de una nueva estructura familiar a la que pudieran unirse los adolescentes.

Ahora bien, en el momento actual aún no se han encontrado estructuras alternativas de la familia en el sentido positivo del término. Las únicas que se conocen, que son negativas, son la de ciertos grupos de iguales, por ejemplo, toxicómanos, en las cuales los miembros se sienten confortados por una identidad de situación, y por un ayuda sin límite por parte de otros interlocutores.

ESBOZO DE UNA SOLUCION INTEGRADA

Cuando se habla de prevención o de terapia institucional en un sistema socio-sanitario integrado, conviene definir en primer lugar los diferentes términos utilizados, las finalidades del sistema, a la luz del papel y del funcionamiento de las instituciones, las cuales se han tratado en el capítulo precedente.

Los términos «sistema socio-sanitario integrado» precisan de entrada que la solución esbozada en este capítulo prevé una integración completa a nivel de base y una excelente coordinación a los niveles más elevados de integración entre ciertas instituciones de carácter social y otras de carácter sanita-

rio, sin olvidar los aspectos culturales en el sentido antropológico del término.

Por definición situaremos la intervención de las instituciones en un contexto global de personas y de servicios que, incluso, aunque ellos respondan a diferentes estructuras, públicas privadas, para-estatales, benévolas, actúan en una plena integración y coordinación, tanto en el plano horizontal como vertical (cuadros I, II, III).

Por la *integración horizontal*, se desarrolla la colaboración de los servicios puestos a disposición de los miembros de la comunidad. La consecuencia de esto es que un individuo en un momento de su vida y por cada necesidad de asistencia, tiene, a su disposición, el servicio necesario para cada situación particular.

Por la *integración vertical*, los servicios están organizados de forma que están a disposición del individuo durante toda su vida, especialmente por las intervenciones en materia de prevención y de educación para la salud. Es evidente que estos sectores afectan al individuo independientemente de su edad y de su actividad profesional, y pueden, por este hecho, ser considerados verticalmente, es decir, en una continua relación con las diferentes fases de su evolución física y psíquica.

Para dar un ejemplo, el sector de higiene mental, incluido el de las toxicodependencias, puede ser considerado en el contexto de un funcionamiento vertical de servicios, pues se refiere, a la vez, a la prevención, terapia y rehabilitación.

Igualmente, para la prevención, parece indispensable tender a una integración de los servicios existentes y/o de su funcionamiento, en un sentido verti-

cal: en todos los momentos de la vida física, psíquica y social del individuo (el recién nacido, el niño, el adolescente, el adulto, la persona de edad avanzada, o bien el estudiante, el trabajador, el jubilado, etc.), el Servicio está a su disposición para responder a las necesidades contingentes. Esto no significa que el funcionamiento vertical del Servicio sea el único posible y el mejor adaptado en todas las circunstancias.

En efecto, puede, por ejemplo, que en una situación determinada, el usuario tenga más necesidad de un servicio de prevención integrado horizontalmente. Por ejemplo, se trata de un caso donde no es el estudiante como tal el que tiene necesidad del servicio previsto por su situación (medicina escolar), sino el estudiante que vive un problema o un experiencia determinada, única y personal (tóxicodependencia) que le lleva a tener necesidad de un Servicio que le ofrezca una Intervención más personalizada que la prevista para un estudiante en el marco de la medicina escolar.

La integración vertical y horizontal de los servicios y en particular de los servicios de prevención, permite la coexistencia de respuestas diversificadas en función de las necesidades del ciudadano, siendo este último considerado tanto en su evolución psico-física como en su posición social (estudiante, jubilado, etc).

De esto resulta que la interacción funcional y el desarrollo posterior de la integración vertical y horizontal conducirán a una integración global de la acción de todos los servicios existentes (servicios de prevención, terapia y readaptación), lo que favorecerá la creación o el desarrollo de un sistema de prestaciones equilibrado, dinámico y capaz de adaptarse a las necesidades y situaciones de cada usuario.

En el plano de la prevención y del tratamiento de las toxicodependencias, es importante adelantar que la integración de servicios, tanto horizontal como vertical, debe permitir:

- superar las dificultades existentes que se derivan de una gran sectorización de servicios que conduce, tal como ha sido precisado en el capítulo II, a la medicalización (internamiento del toxicómano para su re-socialización con tratamiento obligatorio) o a una sanción penal (encarcelamiento) o a una carencia de servicio (abandono del toxicómano a su propia suerte);
- aportar una respuesta completa y personalizada a las personas enfrentadas a este tipo de problemas que debe conducir a la plena re-socialización del toxicómano en el respeto de su libertad y de su dignidad;
- desarrollar la responsabilidad de cada uno ante su salud de forma que se sienta más responsable, evite las drogas ilícitas y el abuso de productos lícitos pero peligrosos.

En esta fase, y antes de examinar más en detalle el centro socio-sanitario que opera en un servicio integrado (1),

(1) Un servicio integrado no significa un servicio nacional de sanidad compuesto exclusivamente de estructuras públicas cuyo funcionamiento esté asegurado solamente por funcionarios, sino un conjunto coordinado de servicios que actúan de manera concertada y puede depender, a la vez, de sectores privados, públicos o semi-públicos vinculados por un convenio, o benévolo (por ejemplo, el modelo danés de 1975 que prevé cuidados ambulatorios gratuitos al mismo tiempo que cuidados de médicos privados, mediante un convenio y con reembolso, o el National Health Service del Reino Unido que prevé un reparto de la responsabilidad de cuidados entre servicios hospitalarios comunitarios o generales o el servicio sueco en el cual coexisten estructuras públicas y privadas, incluso aunque el derecho de reembolso sea diferente o, por último, el servicio italiano, en el cual, junto a estructuras públicas, se mantienen servicios convenidos de naturaleza privada).

es conveniente hacer algunas reflexiones sobre la noción de las necesidades socio-sanitarias de la población a la luz de la definición de salud contenida en la constitución de la O.M.S.: «Estado de bienestar físico, mental y social».

Esta definición ha salido a la luz en el contexto del «Welfare State» y en el momento de la creación del primer servicio sanitario nacional británico.

Ahora bien esta definición ha sido, desde entonces, objeto de controversia y en el espíritu de los especialistas de la sanidad, que la interpretan en su contexto, sólo pueden tener significación desde un punto de vista individual o de grupos bien determinados, por ejemplo, grupos con riesgo, pero es difícilmente aplicable en el contexto de un servicio integrado que se dirija a toda la población. En efecto, es manifiesto que el papel de las instituciones en la satisfacción de las necesidades individuales no puede ser el de *satisfacer todas las necesidades* socio-sanitarias de la población a diferentes niveles (nacional, regional y local) para que cada ciudadano pueda, en todo momento de su vida, gozar de «este estado de bienestar», sino el de ayudarle a alcanzar este objetivo. La obligación del Estado no puede ser la de garantizar a los ciudadanos el estado de bienestar, sino el de poner a su disposición los servicios que puedan ayudar al individuo en la realización de esta situación.

Este objetivo es difícilmente realizable dado que el individuo tiene siempre necesidades que satisfacer en toda circunstancia y que la ausencia de necesidades engendra perturbaciones de salud. Por otra parte, tal organización de servicios (objetivo utópico de un *Welfare State*) iría en contra de esta concepción moderna de salud/respon-

sabilidad individual y colectiva que es la base de la política sanitaria preconizada por los Ministros Europeos de Sanidad durante su primera conferencia en septiembre de 1981 en Madrid, pues el individuo tendría tendencia a no hacer esfuerzos, dado que, en hipótesis, tendría un servicio para ocuparse de él.

Sobre la base de la teoría de las necesidades, se han efectuado estudios sobre diferentes definiciones de la salud, partiendo de enfoques orgánicos (médico con orientación individual o epidemiológica), sociológicos, funcionalistas, marxistas o fenomenológicos. Estos estudios permiten reconsiderar la noción de salud dada por la OMS según la definición del Prof. Donati de la Universidad de Bolonia (Italia): «La condición de un sujeto para la cual tiene una competencia subjetiva (en términos de conocimiento, habilidad o motivación) y las oportunidades objetivas (servicios socio-sanitarios a su disposición) para:

1. prevenir las enfermedades físicas, las patologías psíquicas y las privaciones sociales que atentan a su personalidad y pueden perjudicar a las personas con las que está en contacto en su vida diaria;
2. remediar cuando él es víctima de un accidente de salud debido a razones exteriores o dependientes de su propio comportamiento.»

El objetivo de las instituciones es el de proporcionar servicios accesibles a toda la población, eficaces y que aseguren una acción continua de promoción y de ayuda a la salud.

Para alcanzar este objetivo es indispensable proceder a:

- la integración de los servicios so-

cio-sanitarios tanto al nivel macroeconómico o societario para el establecimiento de un plan sanitario nacional como al nivel micro-económico (planificación al nivel de la unidad socio-sanitaria local);

- la designación de «responsables» a escala nacional, regional y local para garantizar la existencia y el funcionamiento correcto sobre todo el territorio y en todo momento de las instituciones y servicios.

La integración de las instituciones socio-sanitarias debe basarse en:

- una justa teoría de necesidades inherentes a la salud,
- una correcta metodología para detectar estas necesidades,
- un sistema de servicios organizados eficazmente, coordinados horizontal y verticalmente, permitiendo intercambios positivos y una flexibilidad que favorezca un enfoque global y multidisciplinario de los problemas de los ciudadanos, individual y colectivamente considerados.

Este nuevo enfoque permite por una parte reconocer a cada individuo y a los toxicómanos en particular una responsabilidad individual con respecto a su salud, y a las instituciones socio-sanitarias, una solución alternativa a la medicación bajo formas de tratamiento obligatorio (internamiento) o una sanción en forma de prisión. Esta alternativa es la reparación del accidente de salud o de sociedad.

Antes de entrar en el detalle del funcionamiento de las diferentes instituciones en un servicio socio-sanitario integrado, es importante recordar los

principios y los objetivos de semejante sistema:

- protección de la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad,
- respecto a la dignidad y libertad de la persona,
- igualdad de cada ciudadano frente al sistema (generalización de prestaciones)
- participación activa de los ciudadanos en la puesta en obra, planificación y gestión de la salud, tanto a nivel central, regional como local,
- integración de estructuras privadas, voluntarias y benévolas en la realización de los objetivos del servicio.

94

En conclusión, un sistema socio-sanitario integrado debe dar una respuesta a las necesidades individuales y colectivas por medio de:

- programas completos y promocionales de educación para la salud para toda la población,
- la prevención, incluida la de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales,
- un diagnóstico y de cuidados de las condiciones mórbidas,
- la rehabilitación,
- la promoción y protección del medio,
- la higiene de los alimentos,
- la legislación relativa a los productos farmacéuticos y

- una formación profesional y permanente del personal de los servicios.

Una institución socio-sanitaria integrada se define pues como un conjunto de funciones, estructuras, servicios y actividades tendentes a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud física, psíquica y social, de toda la población de su competencia, sin distinción de condiciones individuales o sociales y según modalidades que aseguren la igualdad de los ciudadanos con respecto a los servicios:

Esto comprende la relación, coordinación y control de las actividades y de las intervenciones de todos los otros organismos, instituciones y servicios que ejercen en el sector social actividades sobre el estado de salud de los individuos y de la colectividad. Este sistema está basado sobre la existencia de una Unidad Socio-Sanitaria Local que está definida no como un lugar o un conjunto de centros que funcionan separadamente, sino como un «conjunto de servicios coordinados, para responder a las necesidades del ciudadano» (ver Ley 833/78) instaurando un servicio nacional de sanidad en Italia).

Es así como la unidad socio-sanitaria garantiza la unidad de asistencia social y de cuidados a cada fase preventiva, terapéutica, rehabilitadora, lo que permite al usuario encontrar en las estructuras de la unidad socio-sanitaria el lugar activo que le corresponde y de beneficiarse, en las diferentes instituciones de esta unidad, del tratamiento del que tiene necesidad.

Además, la integración total de los servicios y su capacidad de adaptarse a las necesidades de asistencia contingente (acción horizontal) o cíclicas (acción vertical) permite a las instituciones de la unidad socio-sanitaria local tener

un conocimiento más profundo de las necesidades del ciudadano y, partiendo de ello, poner en ejecución una acción más eficaz y personalizada.

En efecto, no hay que olvidar que una estrecha colaboración entre el ciudadano y el personal de la unidad sanitaria local debe constituir, con la participación activa a su tratamiento, uno de los principales objetivos de la acción de la unidad sanitaria local y de sus organismos e instituciones.

El elemento clave de esta integración está constituido por un equipo de base multidisciplinario en todo o al menos un equipo sencillo, compuesto siempre de un responsable médico y de un trabajador social, entrenado en el trabajo en equipo y en abordar los problemas en su conjunto (situación socio-sanitaria de la persona, medio familiar del trabajador, condiciones de alojamiento, problemas relacionales, etc.) y operando en el marco de una casa de salud situado en medio de una comunidad de 3 a 5.000 personas, en el medio urbano o en una aldea, incluso de dimensión reducida, plenamente accesible a todos los ciudadanos, sin tener en cuenta su situación económica, profesional u otra.

COMPOSICION Y FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD SOCIO-SANITARIA LOCAL

En un sistema integrado, la Unidad socio-sanitaria local puede funcionar a todos los niveles de intervención.

Al primer nivel

Existe la Casa de Salud que es un centro médico-social de base. Proporciona a los habitantes del territorio de

su competencia (3 a 5.000 personas) los cuidados primarios ambulatorios y/o en algunos casos bien determinados, hospitalarios de base y las intervenciones de urgencia del barrio.

Este centro debe asegurar una permanencia de los servicios socio-sanitarios, estar dotado de un pequeño laboratorio y de un sencillo equipamiento radiográfico para los diagnósticos y las investigaciones clínicas.

En tanto que «mini-hospital», puede disponer de un cierto número de camas (no más de seis para los pacientes en observación) y dispensar cuidados para ciertas afecciones benignas y para asegurar la convalecencia de los pacientes que han sufrido intervenciones quirúrgicas o han recibido importantes cuidados médicos en los centros de 2.º o 3.º nivel.

Estas camas pueden en ciertos casos y cuando las circunstancias lo permitan ser ocupadas por enfermos crónicos, como hospital de día o de noche.

En lo relativo a la higiene mental, la Casa de Salud, al menos en el medio rural, debe disponer de una permanencia de especialistas al menos una vez por mes para el diagnóstico y los servicios adaptados a todos los tipos de prevención, en particular los servicios de prevención primaria y terciaria para las personas que necesitan una ayuda social, posibilidades de ergoterapia o de readaptación (hogares, centros de puertas abiertas, para toxicodependientes, talleres de readaptación profesional, clubs de jóvenes y personas de la tercera edad, etc.)

En todo caso, el equipo de base que opera en la Casa de Salud debe estar entrenado para responder a las urgencias psiquiátricas, adoptar las medidas

que se imponen en relación con los centros médicos de 2.º o 3.º nivel y acoger a los toxicómanos, intentando persuadirlos para que acepten un tratamiento informándoles sobre todas las posibilidades que pueden ser puestas a su disposición por instituciones oficiales benévolas u otras, o bien mantener un lazo con ellos, si no están dispuestos a hacer este esfuerzo, con el fin de que su estado socio-sanitario no se degrade hasta el punto de que su recuperación se haga imposible.

La integración de los servicios del USSL favorece los vínculos entre el personal de los diferentes centros sanitarios, administrativos y sociales de los municipios interesados. Estos servicios facilitan los aspectos de la prevención terciaria en lo que concierne a la reinserción social de las personas, incluidas aquellas que han terminado con éxito curas de desintoxicación.

Al segundo nivel

Nos encontramos en un centro médico más desarrollado: un hospital tradicional (no universitario) en el cual la Unidad socio-sanitaria local puede proporcionar servicios especializados que no son ofrecidos en la Casa de Salud. Además, este centro puede encargarse de la formación del personal paramédico. Podría integrar al menos cuatro sectores de especializaciones clínicas, de ellas, una de higiene mental, y cada Casa de Salud o Municipio que se encuentre en el territorio de una Unidad socio-sanitaria local debe poder disponer de un número de camas proporcional a su población.

Al tercer nivel

Se trata de un centro médico-universitario (CMU), encargado de asegurar

servicios especializados que no puedan ser suministrados en los centros de base y de 2.º nivel. Este centro universitario deberá asegurar la formación de los futuros médicos y servir para las actividades científicas y de investigación dependientes de la Unidad socio-sanitaria local.

Se manifiesta que la posibilidad de organizar, bajo una forma vertical y horizontal, los servicios puestos a la disposición de tres niveles, garantiza no sólo la coordinación, sino igualmente la necesaria continuidad de las medidas adoptadas en favor de un paciente en un centro o en otro. Esta debe asegurar una solución a todos los problemas que se presenten, evitando así carencia de servicios o de eficacia, en cada fase de la asistencia de que pueda tener necesidad el individuo.

En lo relativo a la hospitalización, la integración de los servicios favorecerá mucho la racionalización y la economía en el importante ámbito de la disponibilidad de camas. En efecto, la Casa de Salud podría reservarse en los centros de 2.º y 3.º nivel un cierto número de camas necesarias para las intervenciones especializadas, teniendo en cuenta la población que está a su cargo y las tasas de morbilidad reveladas en el curso de los últimos años en el sector donde ella opera.

Estas camas estarían a disposición de la Casa de Salud para el tiempo estrictamente necesario a las diferentes intervenciones. Esto permitiría realizar importantes economías porque las personas asistidas al 2.º y 3.º nivel no permanecerían hospitalizadas en estructuras muy costosas durante su convalecencia, sino que, como antes se ha indicado, podrían volver a la Casa de Salud, la más próxima al domicilio del paciente, evitando a los miembros de su

familia desplazamientos difíciles; el regreso al medio familiar favorecería una recuperación más rápida y un mejor apoyo social.

La mayor disponibilidad de servicios médico-sociales existentes en la zona de residencia del paciente constituye un importante sistema de prevención sanitaria. Además, la posibilidad de utilizar los servicios en el enfoque vertical y horizontal hace posible una mejor planificación utilizando todos los servicios existentes, como los centros de consulta pre y postnatales, los centros ambulatorios, los laboratorios, los servicios hospitalarios, etc. Esto, por otra parte, permite integrar en el sistema sanitario una categoría de enfermos que, hasta el presente, estaban tratados en lugares alejados de la comunidad.

La integración total, por la cooperación y el control, deberá facilitar la recogida de datos socio-sanitarios (por medio de informes puestos al día y que estarían en posesión de la Unidad socio-sanitaria y de cartillas de salud en las manos del paciente) útiles para el estudio, la prevención y el control de la salud de toda la población de su competencia; la estructura integrada de las instituciones favorecería su utilización estadística en el marco de un servicio nacional.

El personal de la Unidad socio-sanitaria y su formación

El más importante de los factores de integración está constituido por el equipo socio-sanitario. El equipo de base de una unidad socio-sanitaria local podría estar compuesto de la forma siguiente: médico, dentista, enfermero o enfermera, trabajador social, psicólogo, y para la Casa de Salud (centro médico de 1^{er} nivel): médico, enfermero o en-

fermera, trabajador social, completado en caso de necesidad por el otro personal antes mencionado.

La formación del equipo de base debería estar concebido en un enfoque multidisciplinario, poniendo el acento en la prevención y educación para la salud.

Las funciones del personal deben naturalmente situarse en los diferentes niveles. De un lado, aquellos que aseguran el servicio, y por otro, las personas responsables de la planificación y de la organización del servicio, como ha sido puesto de relieve en la acción relativa a la composición y funcionamiento de las unidades socio-sanitarias. El sistema cuando está plenamente desarrollado, implica tres niveles de personal: el equipo de base, el equipo especializado y los servicios internos de las clínicas especializadas.

El equipo socio-sanitario debe beneficiarse de una formación continua. La formación y la enseñanza debe ser dada por un cuerpo docente multidisciplinario y desarrollarse en el marco de la educación permanente. Esta formación deberá tratar del estudio de la acción preventiva, el estudio de los problemas psicológicos, el comportamiento en grupo y el trabajo en equipo, la influencia del medio sobre el individuo, el conocimiento de los métodos de diagnóstico precoz de los disminuidos y los problemas de la comunicación.

La formación del equipo socio-sanitario debe ser suficientemente polivalente para que cada miembro pueda apreciar y tener en cuenta los problemas de salud de cada individuo, desde su concepción hasta su muerte. Esto postula la revisión y el desarrollo de la formación de este personal en varias disciplinas. Por este hecho, es de pri-

mera necesidad conceder una prioridad a las modificaciones de los objetivos y de los programas de formación de todas las profesiones interesadas.

Estos centros podrían representar un importante papel en la presentación de las diferentes posibilidades de integración de los servicios en el sistema, permitiendo a las autoridades descentralizadas (región, provincia, departamento, etc.) elegir su orientación en función de la estructura y del posible desarrollo de los servicios existentes.

En lo que respecta a los toxicómanos, es muy importante que tanto el personal de base como el especializado tengan un conocimiento completo de todas las formas de prevención y que los servicios de sanidad ejerzan abierta y eficazmente su función preventiva sin que se dé una preferencia a las medidas curativas. Es indispensable que todo el personal incluidos los administradores de las unidades socio-sanitarias locales se adhieran a esta concepción.

Por otra parte, es útil iniciar en la prevención a antiguos toxicómanos reasocializados e incluso voluntarios especializados, en el interior de un equipo pluridisciplinario.

Participación de la población y control de la eficacia de las estructuras por parte de la comunidad

Las instituciones socio-sanitarias, los servicios y las estructuras son o deben ser creadas para mejorar, desde todos los puntos de vista y no sólo desde el sanitario, la calidad de vida de toda la población. Esto puede parecer evidente a primera vista, pero son numerosos en todos los países, los ejemplos de mal funcionamiento de las ins-

tituciones y de las estructuras, de la falta de interés, si no de hostilidad, de una cierta franja de la población con respecto a las estructuras de sanidad, especialmente las públicas. Esto nos lleva a observar que si los ciudadanos no se sienten afectados, y no se dan cuenta de que ellos mismos son responsables de las nuevas instituciones socio-sanitarias, éstas tienen el riesgo de encontrar grandes dificultades en su funcionamiento. Prueba de esto es la actitud de una importante parte de la población con respecto a la ejecución de la Ley 833 creando un servicio socio-sanitario en Italia o de la opinión pública francesa con respecto a ciertos desarrollos de las estructuras socio-sanitarias públicas recientemente propuestas.

Los ciudadanos deben, pues, jugar un papel activo y participar en la vida de la unidad socio-sanitaria local, tener la posibilidad de ejercer un influencia sobre la elección, el control, responsabilidad y el establecimiento de programas de prioridades, etc. Solamente si la población es consciente de que las unidades socio-sanitarias y en especial las casas de salud, han sido creadas *para ella*, podrá participar, de forma que las nuevas instituciones deben ser también creadas *con ella*, lo que es una prueba fundamental para el buen funcionamiento de los servicios en relación a la dimensión y especificidad de las necesidades.

Ni que decir tiene que cuando esta mentalidad se desarrolle la población deberá, a través, especialmente de una educación, ser sensibilizada e invitada a colaborar al buen funcionamiento de los servicios por una estructura de participación, como está previsto en los cuadros anejos.

También es necesario, en efecto,

cambiar la mentalidad que consiste en criticar, con razón, la ausencia de responsables directos o el mal funcionamiento de las instituciones o de los servicios, sin que, no obstante, el ciudadano asuma sus responsabilidades respecto a la comunidad, en el campo de la asistencia socio-sanitaria.

Las reivindicaciones y los derechos de cada uno, bien se trate del usuario o del personal oficialmente responsable no deben hacer olvidar la solidaridad que debe estar presente en una comunidad en la búsqueda de nuevas instituciones y de nuevas estructuras para mejorar la vida social.

Los partidos políticos, los interlocutores sociales, las instituciones benéficas confesionales y otras, particularmente sensibles a estos objetivos, deberán orientar las energías y la disponibilidad de los ciudadanos hacia la ayuda concreta a los miembros de la colectividad en la solución de los problemas de todos los días. En efecto, no es suficiente crear unidades socio-sanitarias, casas de salud, no es suficiente contratar al personal más o menos motivado, puesto que todos estos medios no pueden permitir hacer frente a todas las necesidades del paciente, si este, como es el caso, especialmente del toxicomano, debe ser considerado como una persona que sufre trastornos cuyas causas no son de orden médico, sino más bien de orden social o psicológico y que no pueden ser resueltos únicamente por medios terapéuticos tradicionales.

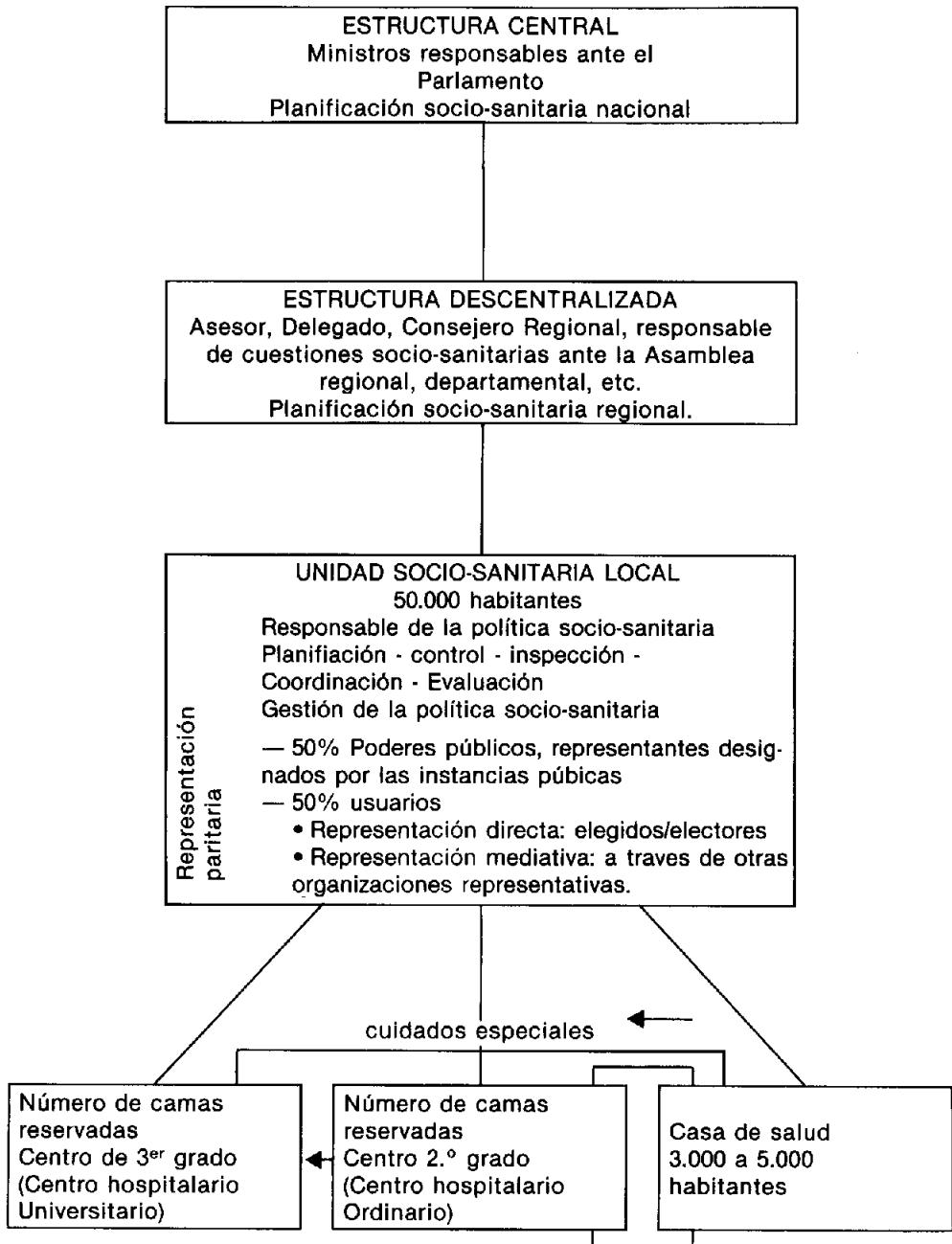
Es pues, deber de la comunidad, que cada uno se sienta tomado en consideración y reciba la ayuda por las instituciones y los servicios que ella crea. Estas instancias pueden concretarse en la creación de centros socio-sanita-

rios, como las casas de salud, pero igualmente por otras instituciones, como la escuela, organizaciones benéficas u otras en las cuales se enseñe a cada uno a tomar conocimiento de este problema y a la forma de comunicarle a las instituciones o a las personas que nos rodean (en prioridad a los otros miembros de la familia). Esta acción esta destinada a favorecer dentro de lo posible, por intervenciones más directas, la solución de los problemas personales en un contexto más favorable (ver por ejemplo, el papel de las asociaciones tales como la de alcohólicos o toxicodependientes anónimos, de las cuales se ha tratado en el Capítulo 2).

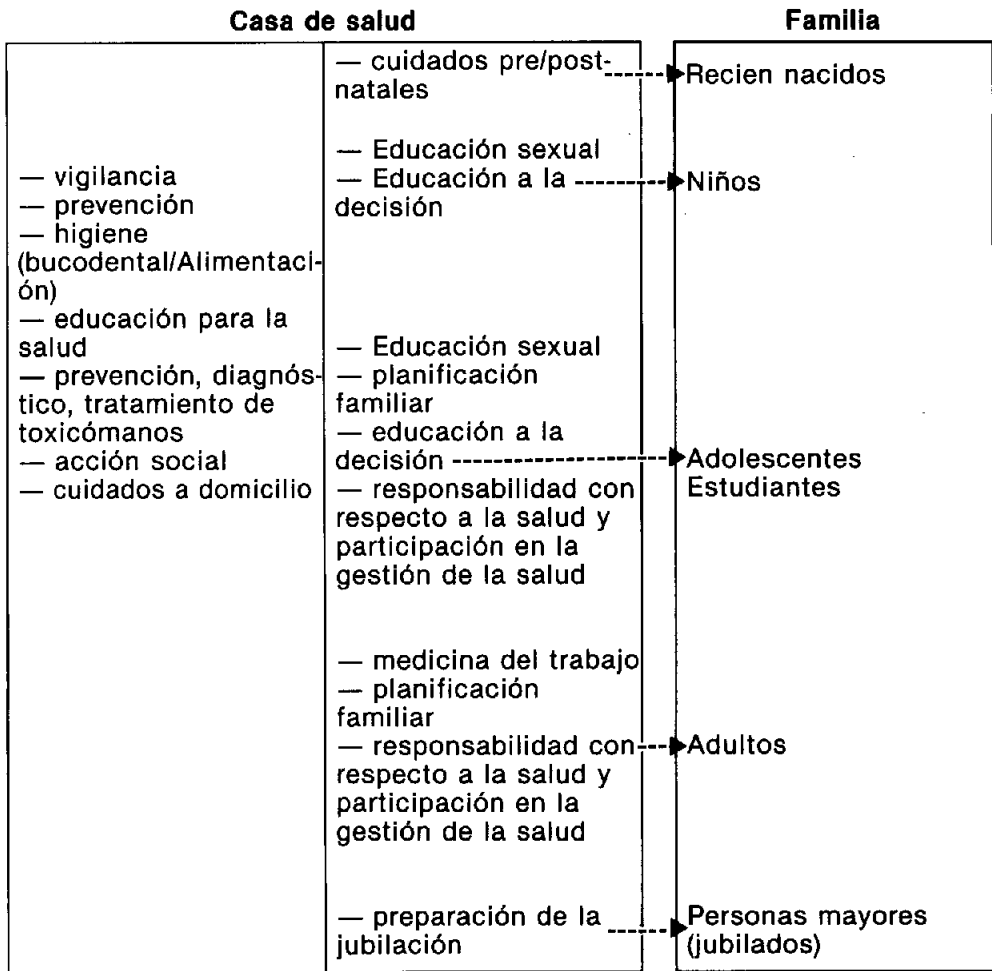
De todo esto, se desprende que hay una obligación y una responsabilidad colectiva en un esfuerzo de educación general de la población a las decisiones que les afecta, global e individualmente, y que todas las instituciones pueden representar un importante papel en la realización de este objetivo a condición de que su acción esté integrada en un contexto global capaz de canalizarlas para sacar su máximo rendimiento, evitar el derroche y las acciones contradictorias. La estructura descrita en el Capítulo 3 podría servir de modelo para desarrollar en cada país una acción concertada.

Claro es que, la estructura propuesta solo puede considerarse como una hipótesis de trabajo (esbozada en base a recientes realizaciones tales como los servicios nacionales instaurados recientemente en Portugal y en Italia) que es ciertamente perceptible. Si se llega a aplicar necesitará adaptaciones particulares en cada país, teniendo en cuenta las tradiciones socio-culturales y las exigencias específicas de las poblaciones afectadas.

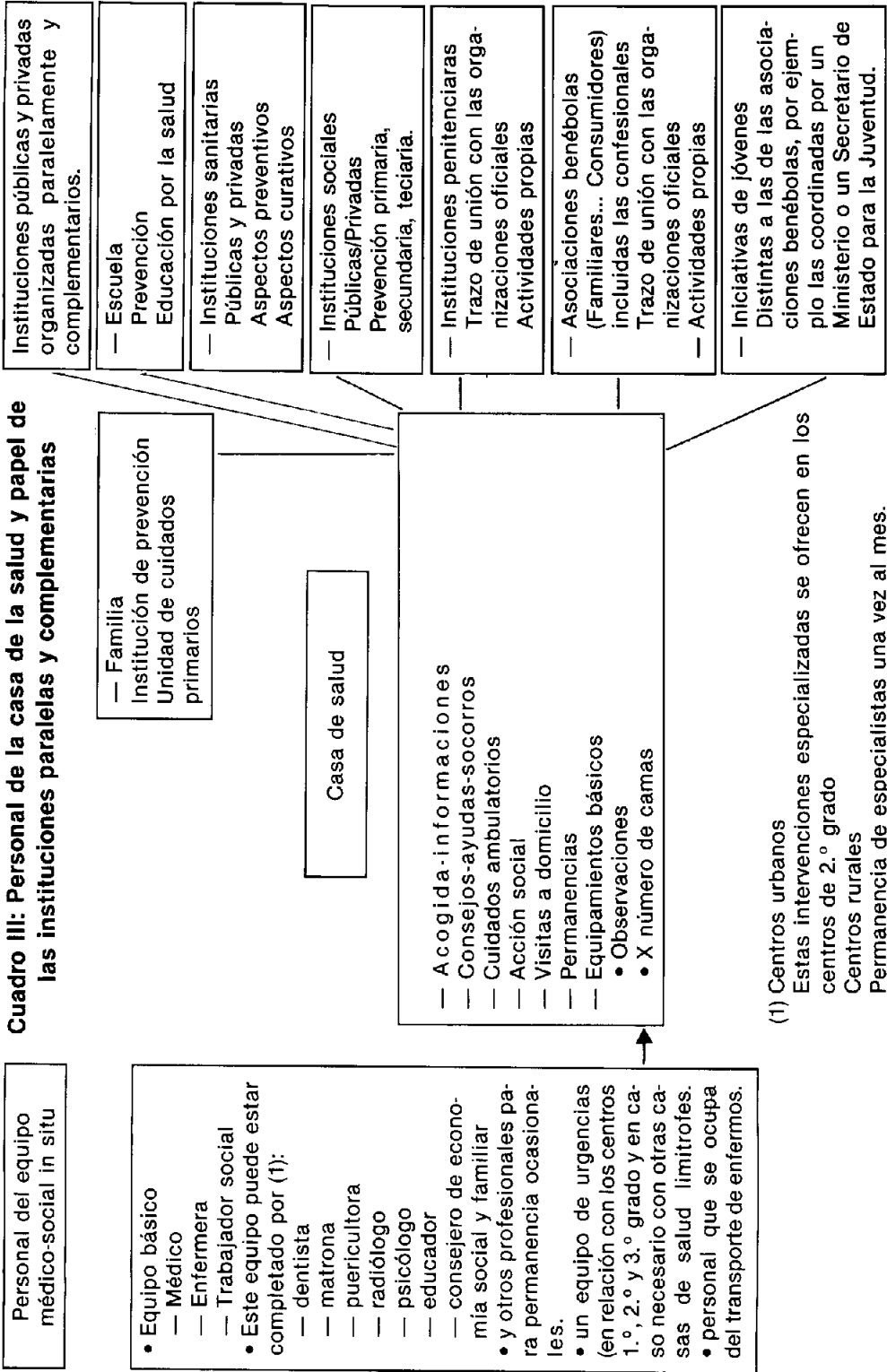
Cuadro I: Esquema elemental de un sistema integrado



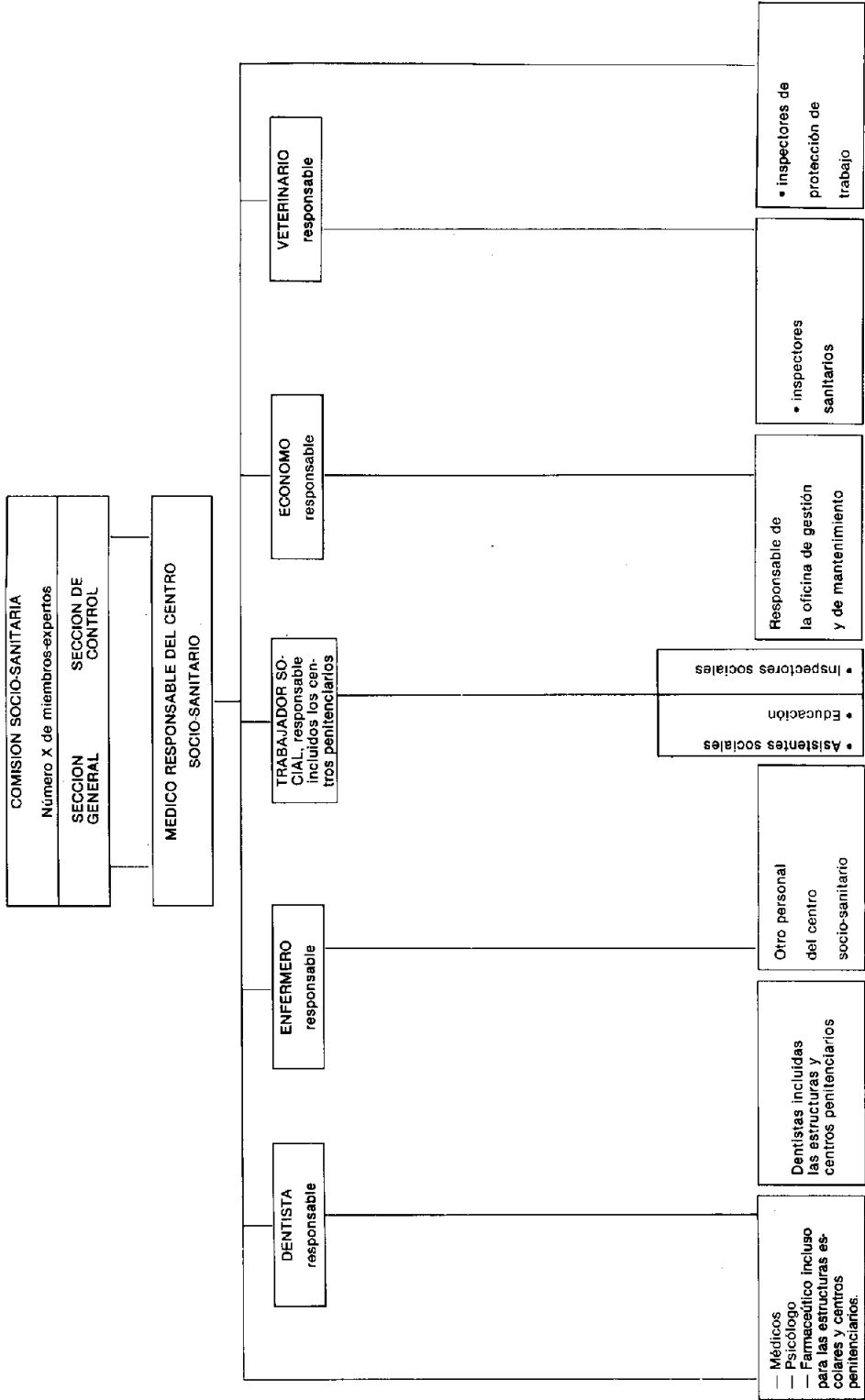
Cuadro II: Casas de salud: sus funciones y su clientela



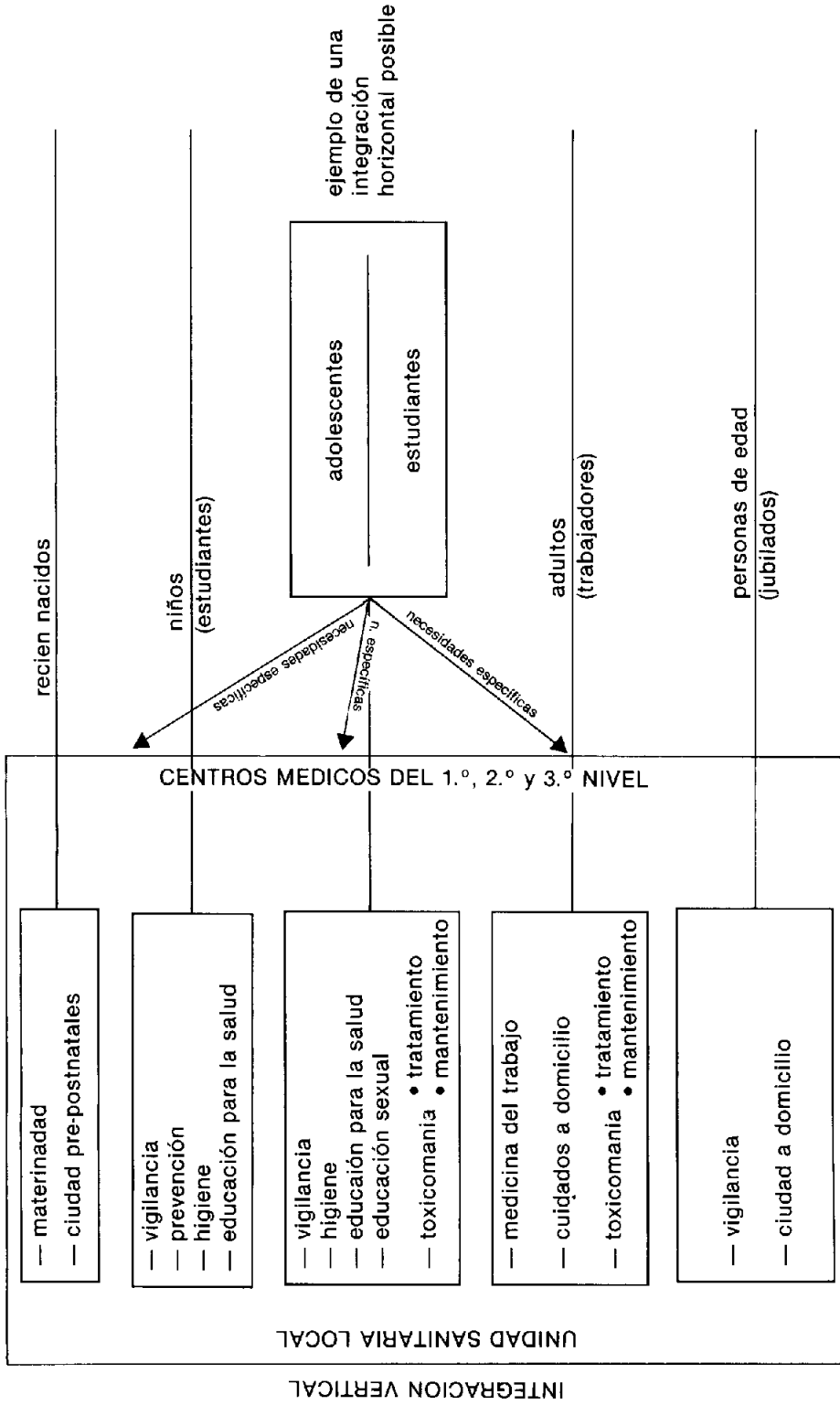
Cuadro III: Personal de la casa de la salud y papel de las instituciones paralelas y complementarias



Cuadro IV:

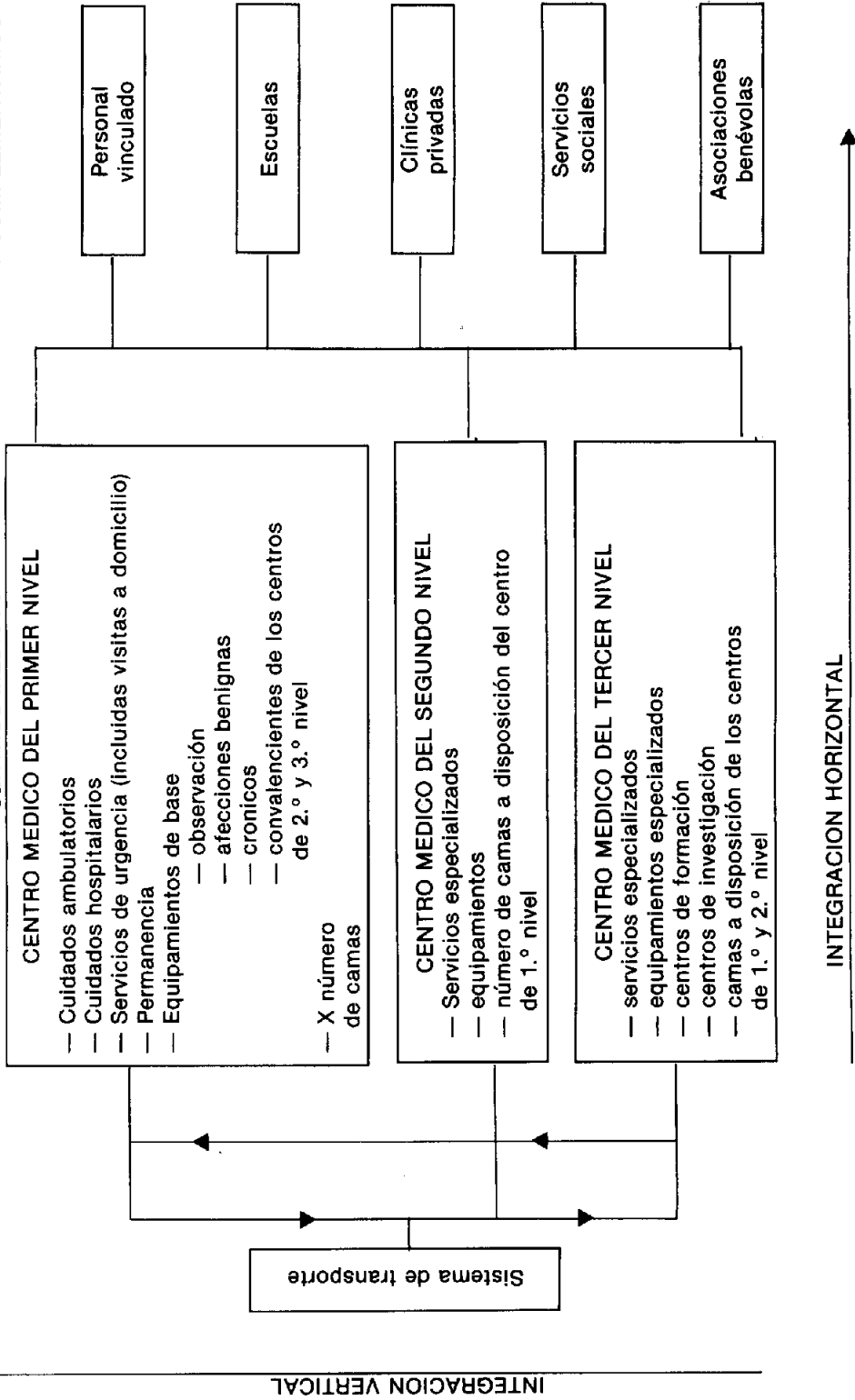


Cuadro V: Integración horizontal y vertical de los servicios



SERVICIOS PARALELOS Y COMPLEMENTARIOS

**Cuadro VI:
CENTROS MEDICOS**



Cuadro VII: Interacción escuela/colectividad en educación para la salud.

PRINCIPIOS GENERALES

APLICACION DE LA RECOMENDACION (82)5

1. Los valores de sanidad sugeridos deben ser comprendidos y aceptados por el medio escolar y los grupos que constituyen la comunidad extra escolar.

Temas de desarrollar palabras y conjuntamente en la escuela y en la comunidad:

- las relaciones personales e interpersonales
- la responsabilidad de su propia salud
- la responsabilidad con respecto al medio

2. Son indispensables estructuras regionales y locales de coordinación, representativos de los medios escolares y extraescolares, para alcanzar los objetivos de la educación para la salud.

3. La personalidad, los conocimientos técnicos, el interés y el comportamiento del cual deberá dar prueba los responsables, tanto en el medio escolar como extraescolar, son de capital importancia. Tanto la formación inicial como continua de este personal debe ser cuidadosamente puesta a punto.

ENFOQUE PEDAGOGICO QUE FACILITE LA INTERACCION SISTEMA EDUCATIVO DE UNIDADES CAPITALIZABLES basado en:

- la determinación de objetivos educativos operacionales mejor adaptados a la vida activa y centrado no solo sobre la formación profesional sino también sobre la cultura general
- elaboración de un módulo de formación para permitir a los profesores alcanzar el objetivo
- elaboración de un módulo pedagógico que permita a los profesores formar personal en función del objetivo y evaluar si el objetivo ha sido alcanzado.

ESQUEMA DE ELABORACION DE LOS PROGRAMAS Y DE LAS ACCIONES COORDINADAS EN EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA Y EN LA COMUNIDAD

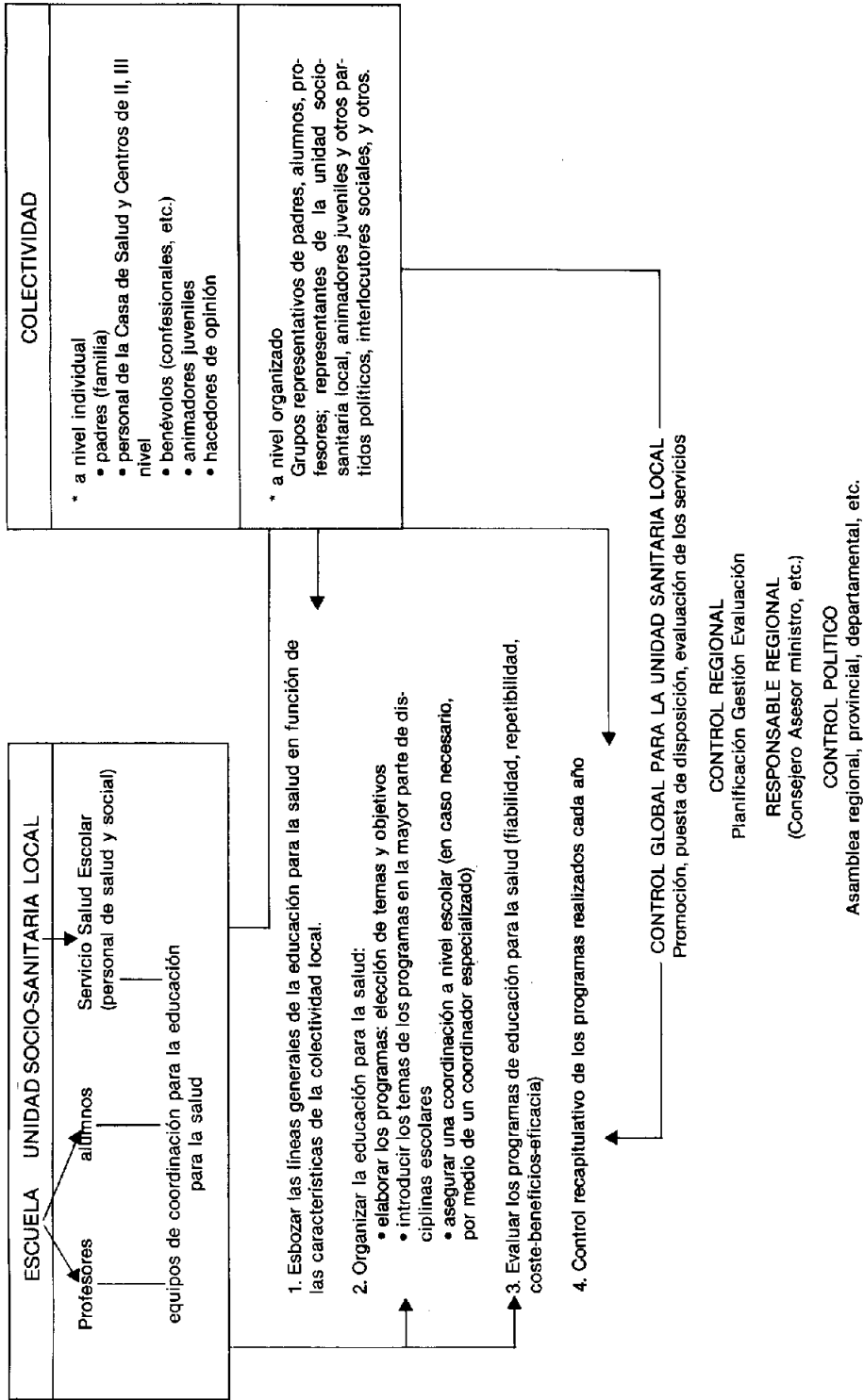
- recoger datos sobre las necesidades de la salud y los factores de riesgo en la comunidad y en las escuelas interesadas.
- identificación de grupos representativos para asegurar la coordinación en el seno de la comunidad.
- elección de temas apropiados y aceptables en la comunidad
- elaboración de programas y de acciones
- puesta en obra en los centros escolares y en la comunidad
- evaluación

106

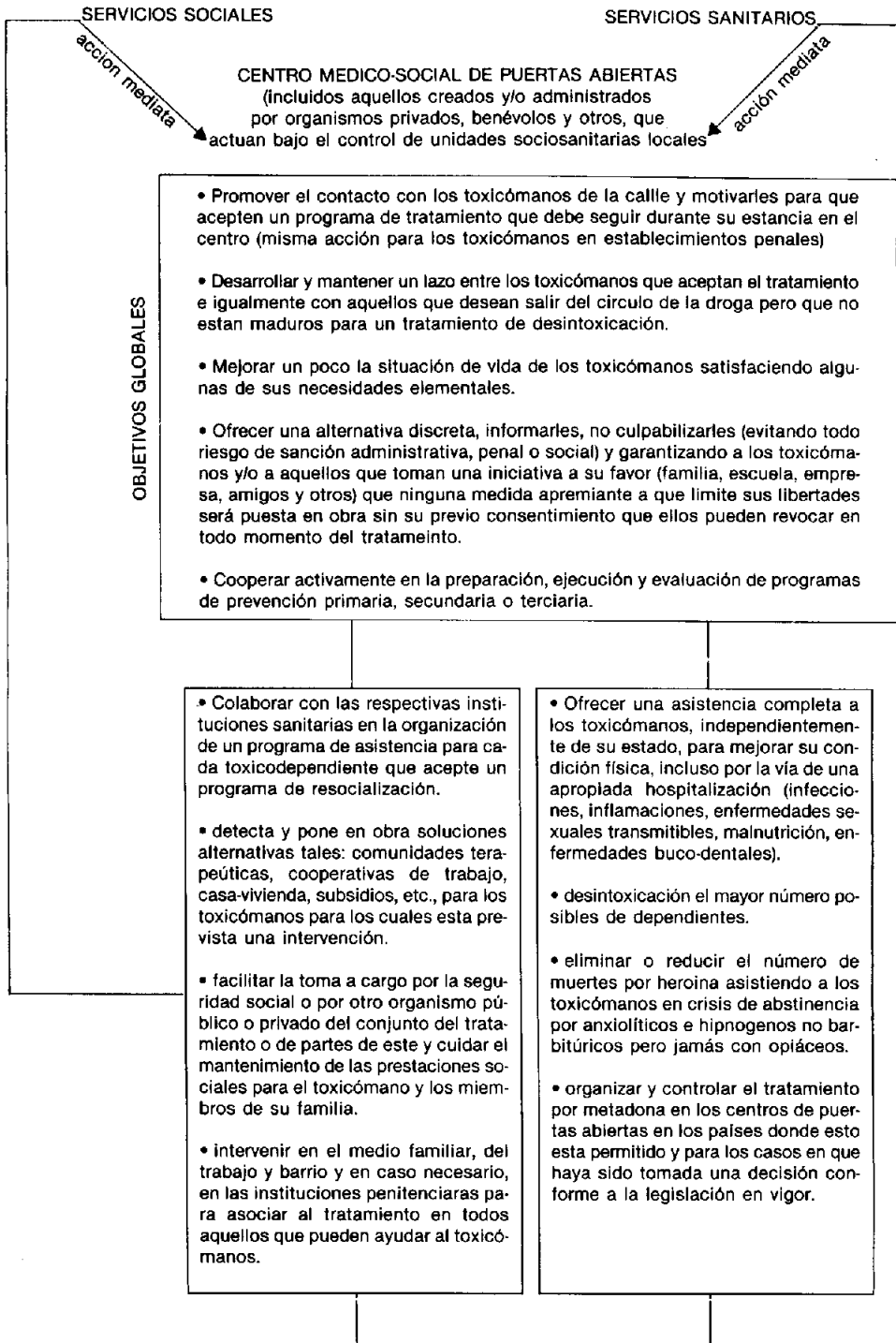
LIBRE ELECCION DE OBJETIVOS EN FUNCION DE SU POTENCIALIDAD Y DE LA MOTIVACION DE LOS ALUMNOS

PARTICIPACION, ACEPTACION, EVALUACION PERMANENTE DEL METODO

Cuadro VIII.
INTERACCION ESCUELA/COLECTIVIDAD (ACCION)



**Cuadro IX: Unidad socio-sanitaria local (Casa de salud, centro 2.º y 3.º niveles)
integración vertical, horizontal total de servicios para toxicómanos)**



Cuadro IX (continuación)

I. OBJETIVO FINAL: plena resocialización de toxicómano

II. OBJETIVO INTERMEDIO: procurar la autonomía del toxicómano en lo que concierne a:

- i) el producto tóxico
- ii) sus facultades afectivas
- iii) su modo de vida en general

III. METODO: cadena de tratamiento

INTEGRADOS O CONCERTADOS

1. Desintoxicación física

Esta fase inicial es esencialmente médica y casi invariablemente dictada por la necesidad de aliviar y de suprimir los sufrimientos debidos a la falta de droga. Aparte de esta privación física, se trata también de liberar al toxicómano del temor del sufrimiento físico y de crear un estado de espíritu que permita examinar las causas de su toxicomania.

2. Independencia física o psicológica

Es importante emplear toda una serie de medios y métodos después o al mismo tiempo que la desintoxicación física para permitir al toxicómano reforzar su personalidad, volver a tener confianza en si mismo, examinar las causas de sus dificultades y para armarse mejor ante el mundo exterior.

3. Reinserción social (e independencia económica)

La resocialización es un factor fundamental en el proceso de tratamiento que debe iniciarse al comienzo de la cura y debe tomar cada vez más importancia hasta el fin del tratamiento. Bajo este aspecto se abordan los numerosos problemas que afectan a la independencia económica, a la reinserción profesional, es decir a la orientación profesional y a la elección de una actividad que permita al toxicómano organizar su vida profesional en función de sus aspiraciones y de sus capacidades reales, de tomar a su cargo y atender las necesidades de su familia.

Miscelánea

Organizaciones internacionales relacionadas con la drogas

Las Naciones Unidas y la fiscalización de estupefacientes

LA ingente tarea de abordar las múltiples facetas del uso indebido y el tráfico ilícito de drogas es compartida por varios órganos y organismos de las Naciones Unidas, algunos de ellos creados con fines específicos de fiscalización de estupefacientes y otros que ponen a contribución su dominio de determinados aspectos del problema.

Relacionamos a continuación los principales, describiendo brevemente su composición y las funciones que desempeñan.

ASAMBLEA GENERAL

Formada por representantes de todos los Estados Miembros, la Asamblea General de las Naciones Unidas es el órgano a través del cual adoptan las Naciones Unidas resoluciones, convenciones y protocolos, aprueba la asignación de fondos y sirve de foro en el que los distintos Gobiernos expresan sus opiniones. Es la Asamblea General la que decidió convocar la Conferencia Internacional sobre el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas en 1987 como medio de fortalecer las actividades internacionales existentes en esta esfera.

CONSEJO ECONOMICO Y SOCIAL

El Consejo Económico y Social, formado por 54 miembros, es el encargado de formular las políticas generales

de las Naciones Unidas en materia de fiscalización del uso indebido de estupefacientes, coordinar las actividades de fiscalización con todos los programas económicos y sociales de las Naciones Unidas y hacer las recomendaciones pertinentes a los Gobiernos. En esta labor cuenta con la asistencia y el asesoramiento de una de sus Comisiones orgánicas, la Comisión de Estupefacientes, de la cual es órgano rector.

COMISION DE ESTUPEFACIENTES

113

La Comisión de Estupefacientes fue creada en 1946 como una de las seis comisiones orgánicas del Consejo Económico y Social. Es el órgano normativo central del sistema de las Naciones Unidas para tratar a fondo de todas las cuestiones relacionadas con la fiscalización del uso indebido de drogas. La Convención Unica de 1961 y el Convenio de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas también asignan importantes funciones a la Comisión. Esta ayuda al Consejo Económico y Social a supervisar la aplicación de las convenciones y acuerdos internacionales relativos a estupefacientes y sustancias psicotrópicas, considera cualesquiera modificaciones que puedan ser necesarias en el mecanismo existente para la fiscalización internacional de esas drogas y puede preparar nuevas convenciones e instrumentos internacionales.

La Comisión de Estupefacientes, que está formada por expertos que repre-

sentan a 40 Estados Miembros, celebra períodos de sesiones anuales a los que asisten también en calidad de observadores muchos gobiernos, organismos especializados de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales.

JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACION DE ESTUPEFACIENTES

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) fue creada por la Convención Unica de 1961 sobre estupefacientes para limitar el cultivo, la producción, la fabricación y el uso de los mismos y, al mismo tiempo, asegurar su disponibilidad para fines médicos y científicos. Para realizar esta labor se ha conferido a la JIFE, en virtud de las convenciones sobre fiscalización de estupefacientes, la función de administrar un sistema estadístico de fiscalización de los estupefacientes y un sistema de estimaciones obligatorio con arreglo a los cuales vigila el comercio internacional legal de drogas.

La Junta está formada por trece miembros, elegidos a título personal por el Consejo Económico y Social, que gozan de la confianza general por su competencia, imparcialidad y desinterés. Tres son elegidos de entre candidatos nombrados por la Organización Mundial de la Salud y diez de una lista de personas designadas por los Estados Miembros de las Naciones Unidas o Estados partes en la Convención Unica. Estos miembros prestan sus servicios a título personal y no como representantes de sus gobiernos.

SECRETARIA DE LAS NACIONES UNIDAS

En la Secretaría de las Naciones Unidas hay tres dependencias encargadas

de actividades de fiscalización del uso indebido de drogas, todas con sede en Viena: la División de Estupefacientes, el Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas y la Secretaría de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

División de Estupefacientes

La División de Estupefacientes presta asesoramiento y ayuda a los gobiernos y a los organismos especializados de las Naciones Unidas en relación con la aplicación del sistema de tratados internacionales sobre fiscalización de estupefacientes y les facilita información y asesoramiento sobre la reducción de la oferta y la demanda; ofrece asesoramiento profesional y técnico al Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas en cuestiones relativas a los estupefacientes y lleva a cabo proyectos del Fondo; contribuye a mejorar la aplicación de las normas sobre estupefacientes mediante el fortalecimiento de los laboratorios nacionales o regionales y la organización de seminarios y cursos regionales de capacitación para funcionarios encargados de la aplicación de las leyes sobre estupefacientes; analiza y publica datos sobre el tráfico ilícito de drogas, confiscaciones, contramedidas y tendencias; y actúa como secretaria de la Comisión de Estupefacientes.

La División está formada por cuatro secciones operacionales:

1. La Sección de aplicación de tratados y secretaría de la Comisión.
2. La Sección de investigación científica aplicada e información técnica,

que alberga el Laboratorio de Estupefacientes de las Naciones Unidas.

3. La Sección de reducción de la oferta y la demanda.

4. La Sección de coordinación de relaciones externas e información.

Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas

El Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas (FNUFUID) fue creado en 1971 con la finalidad expresa de ayudar a los Gobiernos a combatir la producción, el tráfico y el uso de drogas ilícitas. Se han llevado a cabo en varias regiones programas de cooperación técnica eficaces, financiados por el Fondo, que demuestran los resultados que pueden obtenerse mediante la acción multilateral concertada.

En sus esfuerzos de obtención de fondos, el Fondo recurre a diversas iniciativas, especialmente a las que aseguran una pronta participación de países donantes potenciales y países receptores de asistencia en la identificación de los problemas de estupefacientes y en la formulación de los proyectos necesarios para afrontarlos. Las intervenciones del Fondo abarcan todos los aspectos del uso indebido de drogas, desde la producción ilícita al tráfico, distribución y consumo.

Las actividades realizadas con la asistencia del Fondo comprenden desarrollo rural, capacitación de operadores en los diversos sectores, provisión de equipo, transferencia de tecnología e intervenciones técnicas para mejorar

la capacidad administrativa y técnica de las estructuras públicas y privadas encargadas de la fiscalización del uso indebido de drogas, así como investigación, reunión y difusión de información.

Secretaría de la JIFE

Si bien está sometida al pleno control administrativo del Secretario General, la secretaría de la JIFE tiene a su cargo la ejecución de las decisiones de la Junta y, por lo tanto, recibe instrucciones exclusivamente de la propia JIFE en cuestiones sustantivas. Su labor se lleva a cabo con arreglo a cuatro subprogramas: 1) La Oficina de la secretaría de la Junta; 2) La dependencia de estadísticas sobre estupefacientes; 3) La dependencia de estimaciones sobre estupefacientes, y 4) La dependencia de fiscalización de sustancias psicotrópicas.

Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios

El Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios se ocupa de los efectos desfavorables del uso indebido de drogas en el desarrollo social, incluidas la desintegración social y la creciente criminalidad. Colabora muy de cerca con la División de Estupefacientes, la JIFE y el FNUFUID en esta esfera. El tema del uso indebido de drogas en este contexto es examinado también cada cinco años en los Congresos sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente patrocinados por el Centro, y este tema es considerado asimismo con regularidad por el Comité de Prevención del Delito y Lucha contra la Delincuencia, comité permanente del Consejo Económico y Social.

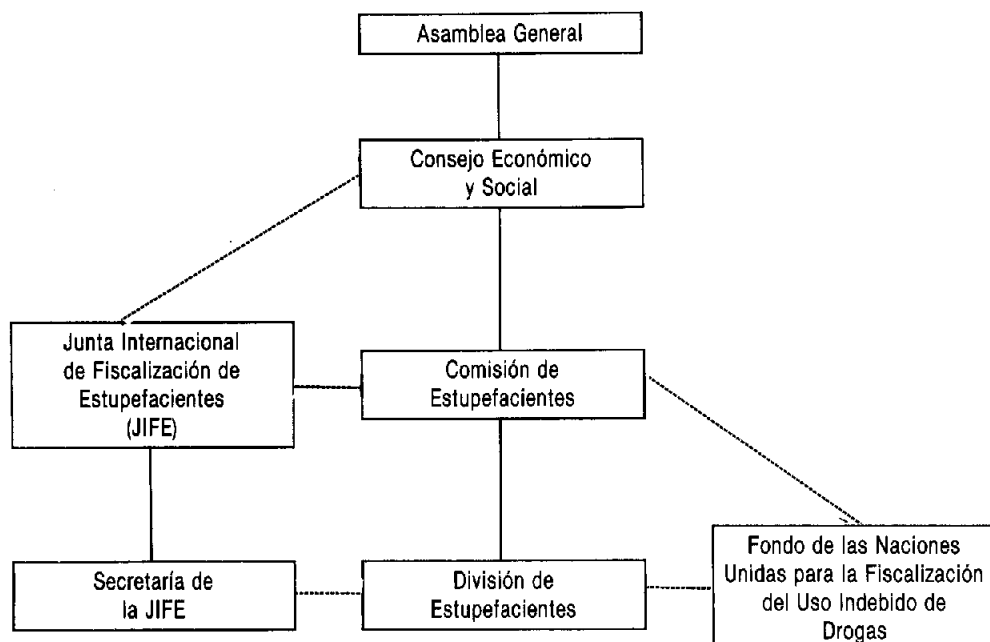
Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para la Defensa Social

El Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para la Defensa Social, creado bajo la égida del Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios, llevó a cabo un estudio de investigación de cuatro años de duración financiado por el FNUFUID sobre la interacción entre comportamiento delicti-

vo y uso indebido de drogas y sobre las medidas de fiscalización adoptadas en distintos países. En apoyo de la Conferencia Internacional de 1987 sobre el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, el Instituto ha realizado dos proyectos de investigación: uno es un estudio internacional de las medidas penales relacionadas con las drogas, y otro trata del abuso de drogas en el contexto del desarrollo.

Organos y secretarías de Naciones Unidas relacionados con las drogas

116



————— Indica una conexión directa (administrativa o constitucional)

- - - - - Indica una relación de carácter informativo, de cooperación o asesoramiento.

ORGANISMOS ESPECIALIZADOS DE LAS NACIONES UNIDAS

Organización Internacional del Trabajo

Las actividades de fiscalización de estupefacientes que lleva a cabo la Organización Internacional del Trabajo

(OIT) se relacionan directamente con la cuestión del empleo y el bienestar de los trabajadores, centrándose en los problemas que crean las drogas en el lugar de trabajo y en las esferas de rehabilitación profesional y reintegración social de los toxicómanos.

Organización Mundial de la Salud

Las actividades de fiscalización de drogas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se relacionan con la toxicomanía y el desempeño de las funciones que le asignan los tratados internacionales sobre fiscalización de estupefacientes.

La OMS cumple una función fundamental en la determinación de las sustancias que deben someterse a fiscalización internacional, de conformidad con las disposiciones de la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes y del Convenio de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas. En virtud de los tratados, la OMS debe evaluar el nivel de dependencia y la utilidad terapéutica de una determinada sustancia, y la gravedad de los problemas sociales y de salud pública que se derivan de su uso indebido.

El principal objetivo del Programa Mundial sobre Toxicomanía de la OMS es la cooperación con los Estados Miembros para prevenir y controlar los problemas de uso indebido de drogas y el desarrollo de las tecnologías adecuadas para la prevención, el tratamiento y la gestión de los problemas de la dependencia. El triple enfoque aplicado en el Programa Mundial incluye la cooperación con los países para evaluar la naturaleza de sus problemas y formular políticas y programas para resolverlos; el desarrollo de la tecnología necesaria para la ejecución de los programas, y la aplicación de esa tecnología acompañada de la evaluación apropiada para que pueda seguir desarrollándose cuando sea necesario. En la ejecución de su Programa, la OMS coordina estrechamente sus trabajos con otros órganos de las Naciones Unidas interesados en la fiscalización del uso indebido de drogas, en

particular con la División de Estupefacientes, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y el Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas. El personal de la OMS visita los países para delimitar los problemas de drogas, examinar las políticas nacionales, evaluar las medidas que se están tomando para prevenir y afrontar la dependencia y los problemas de salud relacionados con las drogas y promover el intercambio de información entre los países de las regiones, apoyando así la cooperación técnica entre los países. Las oficinas regionales de la OMS apoyan también las actividades a este respecto.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

La prevención del uso indebido de drogas por medio de la educación y la toma de conciencia de la población es el núcleo central de los esfuerzos de fiscalización del uso indebido de drogas de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, La Ciencia y la Cultura (UNESCO). La integración de la educación preventiva en relación con el uso de drogas en los planes de estudios de las escuelas y en la educación extraescolar es una de las medidas más eficaces para evitar las graves consecuencias del uso indebido de drogas entre los jóvenes y los adultos.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) ha participado en varios programas multidisciplinares financiados por el FNUFUID en relación con aspec-

tos agrícolas encaminados a elevar el nivel de ingresos de los agricultores y reducir el incentivo del cultivo de estupefacientes. Ha aportado sus conocimientos técnicos a proyectos tales como la reducción del cultivo de la adormidera, la adquisición de equipo agrícola, la investigación sobre cultivos industriales y la promoción de cultivos de ingresos elevados.

Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial

El organismo especializado más reciente, la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI), mantiene contactos entre secretarías con los órganos de estupefacientes de las Naciones Unidas para asegurar la concordancia de sus proyectos de cooperación técnica para la promoción de la industria, como la mejora de la tecnología para la fabricación de drogas para usos científicos y médicos, con las exigencias de los tratados internacionales sobre fiscalización de estupefacientes.

Otras organizaciones internacionales

CONSEJO DE EUROPA

El Grupo Pompidou del Consejo de Europa, con sede en Estrasburgo (Francia) se creó en 1971 bajo los auspicios del antiguo presidente de la república francesa Georges Pompidou, y ha trabajado dentro del Consejo desde 1980. El Consejo de Europa se ocupa de mejorar la cooperación internacional en lo que se refiere al control de las drogas así como a la salud pública y a temas de índole penal. La tarea del Grupo Pompidou se centra en intercambio de información y trabajo de investigación en las áreas de epidemiología, tratamiento del abuso de drogas, rehabilitación, educación y tráfico ilícito. También organiza seminarios y conferencias de expertos sobre las cuestiones anteriormente citadas. Estudia aquellas cuestiones de política sobre drogas de los siguientes países miembros: Bélgica, Dinamarca, Francia, República Federal Alemana, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Portugal, España, Suecia, Suiza, Turquía, Reino Unido y Finlandia. El 1 de enero de 1988 Austria entró a formar parte de este Grupo, siendo el décimo octavo miembro.

Contacto: Christopher Lockett, Principal Administrative Officer, BP 431 R6, 67006 Strasbourg, France.

ORGANIZACION DE ESTADOS AMERICANOS (OEA)

Con sede en Washington, DC es la más antigua organización regional internacional del mundo. Proporciona un foro político para consulta y negociación de los acuerdos interamericanos y esfuerzos nacionales hacia el mantenimiento de la paz, la defensa de los derechos humanos, el desarrollo económico, social y cultural y la cooperación entre los Estados Miembros del hemisferio occidental. Su tratado fundacional modificado en 1967 por el Protocolo de Buenos Aires, reestructuró lo que antiguamente era la Unión Panamericana e hizo de la Asamblea General el órgano supremo de la OEA. La Asamblea se reúne en sesión ordinaria una vez al año, comenzando normalmente el 2º lunes de noviembre. La Secretaría General con sede en Washington, DC, es el órgano operativo permanente de la OEA. Ejecuta los programas y políticas acordados por la Asamblea General y

los diferentes consejos y mantiene una oficina en cada Estado Miembro. La organización tiene tres consejos que responden directamente ante la Asamblea general. El Consejo permanente que se reúne periódicamente se compone de un representante de cada país miembro que ostenta el rango de embajador. Los otros dos consejos son el Consejo Económico y Social Interamericano y el Consejo Interamericano para la Educación, la Ciencia y la Cultura, cuyo objetivo es promover la cooperación entre los Estados Miembros. En noviembre de 1986, la OEA constituyó la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, a fin de aumentar y reforzar la capacidad de los Estados Miembros para reducir la demanda de drogas, prevenir el consumo y combatir de manera efectiva la producción y el tráfico ilícitos. La comisión se compone de 11 Estados elegidos por la Asamblea General de la OEA por un período de tres años.

Contacto: Dr. Irving Tragen, Executi-

ve Secretary CICAD, 1889 F Street, NW, Room 710, Washington, DC 20006, USA.

ACUERDO SUDAMERICANO SOBRE ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS (ASEP)

Con sede en Buenos Aires, Argentina, se creó en 1973 para coordinar las acciones legales sobre el tráfico de estupefacientes y las políticas de asistencia a las drogodependencias así como diferentes programas que incluían recogida de datos de varias agencias nacionales y organizaciones relacionadas con el control de drogas. El acuerdo fue firmado por los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

Contacto: Dr. Carlos Norberto Cagliotti, Executive Secretary, Combate de los Pozos, 1245, Buenos Aires, Argentina.

Escriben en este número

MERCEDES DIEZ RUIZ-NAVARRO: Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Master en Epidemiología. Jefe adjunto del Hospital de Alcalá (Madrid).

LUIS CABALLERO MARTINEZ: Médico psiquiatra. Jefe adjunto del Servicio de Psiquiatría de la Clínica Puerta de Hierro (Madrid). Profesor asociado del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma (Madrid).

121

PEDRO ENRIQUE MUÑOZ GARCIA: Médico psiquiatra. Doctor en Medicina. Profesor asociado del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

EDUARDO PAOLINI RAMOS: Doctor en Psicología. Ha sido Profesor de Dinámica de Grupos y Psicología Institucional en la Universidad Nacional de Córdoba (Rep. Argentina). Desde 1976 es Profesor de la Universidad Autónoma de Madrid; actualmente imparte docencia teórica en Psicología Dinámica y docencia práctica en Psicopatología; dirige un curso de postgrado en el programa de Psicología Clínica (Departamento de Psicología Biológica y de la Salud); y es coordinador del Equipo Precompetitivo de Investigación en Métodos Grupales en Salud Mental y Toxicofiliás (en colaboración con la Comunidad de Madrid).

JOAN TORRELLA REÑE: Licenciado en Psicología. Jefe de Servicios Personales del Distrito de Nou Barris del Ayuntamiento de Barcelona desde 1985 hasta marzo de 1988. En la actualidad es asesor técnico de la Tenencia de Alcaldía de Bienestar Social del Ayuntamiento de Barcelona.

FRANCO MARZIALE: Funcionario internacional en el Consejo de Europa, desde 1961 a 1985, donde ha desempeñado entre otros cargos el de Director de la División de la Salud y Director del Centro Europeo de la Juventud. Desde 1983 es profesor asociado de Estructuras socio-sanitarias comparadas en la Universidad de Roma.

