

## DOCUMENTACION

### A) PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS\*

Por la DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA

#### 1. INTRODUCCION

Entre las definiciones de drogas revisadas frecuentemente por la Comunidad Internacional, una de las más operativas es la que establece que droga es cualquier sustancia psicoactiva que es consumida con el fin principal de modificar el comportamiento y la apreciación del entorno fuera del marco de una correcta práctica médica, independientemente de que cree o no dependencia.

Los patrones de uso y abuso de estas sustancias, por su diferente repercusión sobre la sociedad, exigen en general unas modalidades de aproximación diferentes. Por ello, independientemente de la necesidad de afrontar la disminución del consumo de drogas en su conjunto el Gobierno estima, en base a la demanda social, que *el objetivo del presente Plan es acometer prioritariamente una política general frente a la heroína y otras sustancias* cuyo uso creciente, de carácter epidémico, exige una respuesta institucional urgente, tal como quedó expresado en el último debate sobre el Estado de la Nación, sin excluir futuras acciones del Gobierno frente a los problemas de salud planteados por el abuso de otros productos psicoactivos socialmente integrados.

Esta epidemia que aparece en España en los años finales de la década de los setenta, y que no ha dejado de crecer, adquiere especial relevancia porque *afecta principalmente a la juventud*, comprometiendo, por tanto, no sólo a la sociedad actual, sino el proyecto de nuestra sociedad futura.

La experiencia acumulada en España y otros países desarrollados establece que el consumo de drogas y sus repercusiones sociales, *persistirán durante largo tiempo*, por lo que el *conjunto de la sociedad* deberá aprender a enfrentarse con este grave problema. Esa misma experiencia indica que una política general bien definida, contribuirá a *disminuir el crecimiento de la población afectada, mejorará la salud individual de muchos ciudadanos* y contribuirá a *disminuir la tensión social y, por tanto, la percepción social dramática* de este problema. Estos son los objetivos básicos de este conjunto de medidas que se exponen a continuación.

#### 2. PREVENCIÓN

En este epígrafe se agrupan el conjunto de medidas encaminadas a la *prevención primaria*, es decir, aquellas que tienen por objetivo que la población no consumidora no llegue a serlo.

La acción en este campo debe ir destinada a las poblaciones afectadas. En principio hay que diferenciar dentro de ellas las poblaciones en *riesgo de convertirse en toxicómanos*, de aquéllas a las que concierne el problema. Las poblaciones en

\* Se trata de la 4.ª Revisión, de fecha 5 de marzo de 1985, del Proyecto o *Plan Nacional sobre drogas* del MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.

riesgo, varían según el tipo de drogas: socialmente aceptadas (alcohol, tabaco), de tráfico ilegal (heroína, cocaína, LSD, cannabis...) y los fármacos (psicotropos).

Considerando que las drogodependencias, en su conjunto comportan riesgos para la salud, en los aspectos preventivos primarios no pueden dissociarse las drogas legales de las ilegales, si bien las drogas ilegales presentan a niveles jurídicos, repressivos y de salud, aspectos diferenciados que obligan a una especificidad de su tratamiento. Este tratamiento no debe impedir afrontar en mayor grado aquellas drogas de uso reciente que, por sus especiales características, suponen un grave deterioro social en distintos órdenes: mortalidad, delincuencia, incidencia en la población juvenil, etc...

Partiendo de estas premisas, *la población de riesgo de consumir heroína es juvenil y preferentemente masculina*. Su inicio se sitúa mayoritariamente entre los 16 y los 18 años. Su edad de demanda de servicios se concentra en personas de edades que oscilan entre los 18 y 25 años, aunque es preciso hacer constar que en estos momentos se incrementa progresivamente la demanda de servicios en personas de edades comprendidas entre los 12 y 16 años, lo que crea algunos "problemas específicos", dado que los servicios existentes no están diseñados para responder a las características de este grupo de población.

Aún así en ese medio con mayor riesgo hay una población juvenil no atraída por la toxicofilia en torno al 60 por ciento de total. Lo que hace que, *la definición de población en riesgo es un problema no resuelto* en España, ni en otros países occidentales. El patrón de la población consumidora de cocaína apunta hacia edades más elevadas de inicio de consumo, su definición abarca segmentos con mayor poder económico y de educación y, en conjunto, el consumidor estricto de cocaína no reclama asistencia de modo importante. En cualquier caso, hay que señalar que el consumidor de heroína tiende a usar todo tipo de drogas (analgésicos, alcohol, barbitúricos, cocaína...) y por tanto las poblaciones de riesgo de ambas drogas se superponen en un alto porcentaje.

El consumo de *inhalantes* presenta como peculiaridad que se da en edades muy tempranas (12-16 años) y, en general, su uso no está actualmente extendido a los adultos. Las poblaciones afectadas, no de riesgo, son los *padres, las asociaciones de vecinos, juveniles, de educadores...* en directa relación con los consumidores o con preocupación social en términos generales.

Frecuentemente *gran parte de las medidas preventivas sobre el consumo de drogas no son específicas de este campo*, sino generales, en el sentido de mejorar las condiciones de vida y de prevenir la marginalidad. Tal es el caso de la escolarización entre los 14 y 16 años, el paro juvenil...

Las actividades prioritarias a desarrollar se centran en la *educación para la salud en el medio escolar, la promoción de bienestar en la población juvenil y la participación de los agentes sociales, dentro de un marco de coordinación* entre los servicios escolares, juveniles, sociales y de salud.

El conjunto de la política preventiva necesita de una amplia corresponsabilidad del conjunto de la sociedad. Por ello, en gran medida *la actuación de la Administración a cualquier nivel debe ser de apoyo a colectivos sociales implicados. De igual modo, la Administración local, como más próxima a los ciudadanos, juega un papel especialmente relevante*.

#### 2.1. Actividades:

- Medidas estructurales y mejoras cualitativas del sistema educativo.
- Promoción de actividades alternativas de alumnos.
- Proyecto piloto en el País Vasco sobre educación escolar en colaboración con el Consejo de Europa.
- Introducción de la educación para la salud en los "currícula" de los diferentes niveles escolares.

- Orientación sobre consumo de drogas en Centros de Información para la Juventud y Centros de Información Ciudadana.
- Apoyo a programas de trabajo social promovidos por asociaciones juveniles.
- Formación Ocupacional y Empleo.
- Apoyo a asociaciones a través de la acción concertada.
- Campaña de orientación en los medios de comunicación de masas.

### 3. ASISTENCIA

El objetivo del tratamiento de las drogodependencias es, en términos generales, *la abstinencia y la reinserción social*. Sin embargo hay que hacer constar algunas salvedades a éste enunciado general.

Un factor clave para la rehabilitación del toxicómano es la valoración subjetiva del individuo en cuanto a la capacidad terapéutica del servicio que va a atenderle.

La abstinencia del consumo de drogas debe ser una aspiración en materia de salud. Ello no excluye que *en algunos casos, cuya cuantía es difícil de valorar, la integración social puede ser teóricamente obtenida a través de tratamientos temporales con estupefacientes* (metadona), u otros fármacos (naltrexona...) en el caso de los heroínómanos. Por tanto, a pesar de que desde la Administración Pública se potencien las modalidades terapéuticas libres de drogas, debe existir la posibilidad aunque sea limitada de otro tipo de tratamientos.

Por otro lado, la población consumidora de drogas, incluyendo las de tráfico ilícito como heroína, es muy variable en cuanto a su grado de integración social. Esta afirmación no excluye el que *los heroínómanos presenten una amplia prevalencia de marginalidad*. Por tanto, dada la enorme variabilidad de los individuos que deben ser atendidos y la ausencia de fórmulas terapéuticas excluyentes, *la oferta terapéutica debe ser diversa*.

La tradición sanitaria española en lo que se refiere a la provisión de servicios asistenciales hace que la presencia de la estructura de salud en el campo de las drogodependencias sea muy escasa. Como ejemplos valgan el alcoholismo y la heroínomanía. En términos generales los servicios sanitarios han atendido únicamente la "patología orgánica" vinculada a esos consumos (infecciones, hepatopatías...).

Los Servicios Sociales, aunque incapaces de satisfacer el total de la demanda asistencial, han desarrollado programas en este campo. A veces han cumplido, y cumplen, funciones no estrictamente vinculadas a la acción social. Dado que las *acciones de los servicios de salud y de acción social son complementarias*, debe existir una adecuada coordinación entre los mismos.

La *distribución de competencias* verticalmente entre las diferentes Administraciones del Estado se establece en este campo entre la Administración Central, la Autonómica, las Diputaciones y los Ayuntamientos. En ocasiones, se produce la asunción de responsabilidades no propias, por la inexistencia de iniciativas en los ámbitos correspondientes, y al mismo tiempo dada la inexistencia de una política y una planificación general, se produce desde instancias diferentes la acumulación de iniciativas idénticas. Dentro de esta desordenada distribución y asunción de competencias, los problemas se complican con una distorsión relevante por el hecho de que tradicionalmente las Diputaciones han asumido la asistencia de todas las alteraciones de conducta, ya que el principal instrumento del Estado para prestar asistencia sanitaria, la Seguridad Social (INSALUD), no ha cubierto este tipo de atención.

Se estima necesario que el ordenamiento de las iniciativas públicas debe tener en cuenta —junto con la *Constitución y los Estatutos de Autonomía*— las líneas generales diseñadas en los *Proyectos de Ley de Régimen Local, de la Ley General de*

*Sanidad*, y en su caso, de las medidas que lo complementan como las directrices de la *Reforma Psiquiátrica*, así como la *Ley General de Servicios Sociales*. Resulta imprescindible, según lo expuesto, la necesidad de coordinación de actividades. Este tema, por su trascendencia, se expone en un epígrafe individualizado.

Como referencia general *no se debe hacer una red paralela de servicios sanitarios y sociales, específicamente dedicada a la atención a toxicómanos*. Esto no excluye el que si ciertas circunstancias lo aconsejan, por la frecuencia de problemas en algunas zonas geográficas o por la gravedad que presenta un grupo elevado de individuos, se haga necesario ocasionalmente crear centros específicos de atención a toxicómanos.

También se considera necesario que se conceda *prioridad a los servicios sanitarios sociales comunitarios, y sectoriales o de área, más que a los centros de referencia altamente especializados*. Tal es el caso de los Centros de Salud Mental frente a los hospitales.

Por último la colaboración de la Administración Pública con las iniciativas privadas se estima necesaria dado que algunos aspectos asistenciales requieren una disponibilidad del voluntariado y una agilidad en sus planteamientos, en ocasiones no asumibles por la Administración Pública. Así ocurre con los pisos de acogida, familias sustitutorias, las llamadas "Comunidades Terapéuticas". *Evidentemente esta colaboración con la iniciativa privada debe primar las acciones de las entidades privadas sin fin de lucro, y debe responder a una normativa que garantice los aspectos de conformidad con el modelo que se adopte, resulten procedentes (defensa de los derechos individuales, garantías administrativas, protección sanitaria, reinserción social)*.

### 3.1. Actividades:

- Definición de un modelo de atención.
- Seminario sobre Planificación de Atención a Toxicómanos en los Servicios de Atención Primaria.
- Seminario sobre Planificación de Servicios de Reinserción Social.
- Actuación de INSALUD en atención primaria, salud mental, atención de urgencias, hospitalización, consultas externas hospitalarias y soporte de laboratorio.
- Programa Nacional de módulos para la reinserción social de toxicómanos en el área municipal de Servicios Sociales y creación de Servicios Municipales de información, orientación y acogida.
- Programa de Formación Ocupacional y Empleo.
- Regulación de prescripción de Metadona.
- Regulación de actividades de centros que presten sus servicios para cura y rehabilitación de toxicómanos.

## 4. REDUCCION DE LA OFERTA

El desarrollo de la acción represiva a todos los niveles requiere *complementar las medidas actuales en base a las demandas detectadas en la sociedad española, la jurisprudencia existente y las tendencias expresadas por la legislación internacional*.

Asimismo, exige modificaciones normativas que optimicen la realización de los compromisos adquiridos mediante los acuerdos internacionales suscritos por España, principalmente el *Convenio Unico sobre Estupefacientes* y la *Convención sobre Psicotropos*, así como el incremento de la colaboración española en la comunidad internacional en materia de ayuda a los países productores, con programas de sustitución de cultivos.

#### 4.1. Actividades:

- Ley de Estupefacientes y Psicotropos.
- Modificación del control de decomisos.
- Elevación de las penas previstas en el artículo 344 del Código Penal.
- Investigación y embargo de los bienes de los traficantes.
- Sanciones a los responsables de establecimientos públicos en los que se realicen actos de promoción, favorecimiento o facilitación el consumo o tráfico de drogas.
- Suspensión, o en su caso, sustitución de pena para traficantes-adictos, en determinadas circunstancias.
- Agravación específica de pena por sustracción de productos en farmacias, almacenes y centros sanitarios.
- Definición Institucional del Fiscal Especial.
- Aumento de la eficacia de la Acción Policial.
- Aumento del control sobre uso de medicamentos psicoactivos.
- Inducción a la disminución de uso de inhalantes y solventes industriales.
- Colaboración con programas de sustitución de cultivos en los países hispano-americanos.
- Acreditación de Agregados especializados en nuestras Embajadas.

### 5. COORDINACION

La distribución de responsabilidades en los aspectos asistenciales, son extensibles en gran medida a los aspectos preventivos y, en parte a la acción represiva. Aunque en esta última las funciones principales competen a la Administración Central y, dentro de ella, a los Ministerios de Justicia e Interior, se estima que también se establezca una colaboración con las Fuerzas de Orden Autonómicas y Municipales.

La creación de estructuras de coordinación sobre los problemas derivados del consumo de drogas se debe establecer en las delimitaciones básicas del Estado: *Administración Central y Administración Autónoma*. A estos niveles de coordinación hay que añadir el de los *Ayuntamientos* y, en algunos casos, *Diputaciones* donde la densidad demográfica, la gravedad del problema y provisión de recursos lo hagan necesario, lo que además viene también exigido en lo que a la coordinación de los Ayuntamientos se refiere, por el desarrollo, de hecho, de la iniciativa a nivel comunitario.

#### 5.1. Actividades:

- Creación de un Gabinete sobre drogas a nivel de la Administración Central.
- Coordinación Intradepartamental.

### 6. ACTIVIDADES DE SOPORTE

Entre las deficiencias observadas en el abordaje a los problemas derivados del consumo de drogas destacan por su repercusión la formación del personal encargado de realizar las diferentes actividades y la exigencia de un sistema informativo que permita evaluar la situación actual y la eficacia de las medidas que se proponen.

#### 6.1. Formación de personal:

Existe una deficiencia actual notable en la capacidad de los diferentes profesionales para hacer frente dentro de sus responsabilidades a la demanda generada por el consumo de drogas.

A pesar de ello, en los últimos dos años, aunque con escasa coordinación, diferentes iniciativas están haciendo frente a estas exigencias.

El propósito de las actividades propuestas es *coordinar y sistematizar una política formativa que abarque el pregrado, la formación continuada y la investigación específica.*

*Actividades:*

- Formación académica de profesionales.
- Formación y perfeccionamiento del profesorado de EGB y BUP a través de la formación continuada.
- Inclusión de la atención a toxicómanos en los programas MIR.
- Fomento de la formación continuada de los profesionales sanitarios.
- Programa de Formación, Investigación y Cooperación Técnica.
- Investigación universitaria.
- Investigación a través del Fondo de Investigación de la Seguridad Social (FISS).

*6.2. Información:*

En este epígrafe, la información se concibe, en términos generales, como soporte para la planificación. La información como actividad preventiva ha sido tratada en el epígrafe correspondiente.

Se estima necesario, con carácter prioritario, completar los indicadores que proporcionan los *estudios longitudinales* como elementos más válidos que permitan conocer los problemas derivados del consumo de drogas en la Sociedad Española. Dentro de estos indicadores se estima que los más relevantes son los que proporcionan un *conocimiento más preciso sobre oferta y demanda de servicios y sobre delincuencia vinculada indirectamente al consumo y tráfico de drogas.*

*Actividades:*

- Estudio sobre validación de indicadores de prevalencia de consumo y demanda y oferta de servicios.
- Evolución de consumo de medicamentos psicotropos en España.
- Estudio comparativo de la legislación internacional sobre consumo, tenencia y tráfico de drogas.
- Estudio sobre relación delincuencia y tráfico y consumo de drogas.

## 7. LOS COLECTIVOS ESPECIFICOS

*7.1. Consejo Superior de Protección de Menores:*

La prevalencia del consumo de drogas en los centros dependientes del Consejo Superior se estima en el 25 por ciento de los 6.000 menores asistidos. Ante esta situación los responsables se encuentran frecuentemente desbordados por la insuficiencia de recursos cuantitativa y cualitativa.

Entre las competencias generales del Consejo Superior que continuarán dependiendo de él una vez concluidas las transferencias está la realización de programas piloto o experimentales, en el seno de la cual orienta sus actividades.

La población menor dependiente del Consejo Superior de Protección de Menores, con fines expositivos, se puede diferenciar entre la tutela y la de régimen de reforma. La primera, debe ser atendida por los servicios sociales y, en su caso de salud, comunitarios. La población internada en establecimientos de reforma debe

recibir asistencia en sus centros específicos, con programas orientados al tratamiento del consumo de drogas.

*Actividades:*

- Creación de un Centro Piloto en Guadarrama (Madrid).
- Formación de personal específico para el trabajo con menores consumidores de droga.

*7.2. Las Instituciones Penitenciarias:*

En el terreno asistencial, tras la normativa publicada el 28 de marzo de 1983, se posibilita que los reclusos clasificados en grado 3 se puedan beneficiar de seguir tratamiento extrapenitenciario en los servicios comunitarios. Esta normativa ha comenzado a ser aplicada, principalmente mediante convenio con las llamadas Comunidades Terapéuticas.

En conjunto, en estas Instituciones se plantean también problemas de insuficiencia de recursos para hacer frente a las necesidades creadas en el consumo de drogas. En términos generales esas necesidades tienen las siguientes vertientes: *represión de tráfico en las Instituciones Penitenciarias y tratamiento de sujetos adictos.*

*Actividades:*

- Modificación del destino y contactos de internos vinculados a tráfico de drogas.
- Mejora de la vigilancia de entrada de las visitas a las prisiones.
- Creación de Centros o Unidades especializadas en el tratamiento del colectivo de toxicómanos en las Instituciones Penitenciarias.

*7.3. Las Fuerzas Armadas:*

Las Fuerzas Armadas consideran falta leve el consumo de sustancias psicotrópicas entre sus miembros y falta grave cuando se hace en acto de servicio. De igual modo el consumo de sustancias psicotrópicas con finalidad terapéutica excluye de la prestación del servicio militar voluntario especial y en formación de mandos y especialistas tanto para las escalas de complemento como para la reserva naval.

Está sin dilucidar la actitud referente a la incorporación al servicio militar obligatorio de los sujetos consumidores de drogas y de los drogodependientes que no presentan otra causa de exclusión total o temporal. Los tres ejércitos consideran insuficiente sus recursos materiales y humanos de que disponen para la atención a este problema en sus respectivas instalaciones.

*Actividades:*

- Normativa que regule la incorporación al servicio militar de los consumidores de drogas y drogadictos.
- Colaboración con las instituciones civiles en el ámbito de prevención y de la formación de personal.
- Aumento de los recursos para atender a los problemas derivados del consumo de drogas en las Instituciones militares.

## B) TRES OPINIONES COLECTIVAS:

### 1. "CAMELLOS" DE CUELLO BLANCO\*

La detención del hasta hace unos días secretario de la Embajada de Colombia en Madrid, la petición de extradición de diversos mañosos de la droga detenidos por la policía española y el anuncio hecho de que una delegación de fiscales del distrito de Nueva York vendrá a intercambiar información con nuestro fiscal especial anti-droga y la Brigada de Estupefacientes demuestra que la *mafia* del tráfico internacional de la droga ha establecido sólidas cabezas de puente en España.

A partir de 1980, el consumo y paso por nuestro territorio de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de alta toxicidad crecen de manera alarmante. Por dar alguna cifra indicativa, se estima que el número de heroinómanos en España oscila entre los 70.000 y 80.000, jóvenes en su inmensa mayoría. Sólo en negocio de la heroína movió en 1983 más de 200.000 millones de pesetas. Se ensombrece más el horizonte si se comprueba que aumenta uniformemente el número de consumidores, que la drogadicción se extiende a las edades más tempranas, que falta una información generalizada sobre la gravedad de este fenómeno y que las respuestas sociales resultan realmente pobres: nos movemos entre el desconsuelo y la alarma. Se persigue al drogadicto, considerado como un vicioso, un inmoral o un cancerígeno social al que hay que castigar y aislar de la sociedad. Pero las redes del tráfico crecen incesantemente.

Los centros de rehabilitación no logran cortar la epidemia. La educación preventiva en la escuela no pasa de una mera información, difundida a través de charlas informales en aulas y centros educativos. La eficacia policial interviene una mínima parte del contrabando, realiza redadas de modestos *camellos* en barriadas, colegios, bares y locales nocturnos. Crecen, por otro lado, las motivaciones del consumo de droga. Pero aunque fuéramos capaces de disminuir el paro y de crear una sociedad más feliz, las causas del tráfico creciente de estupefacientes no desaparecerían.

Una estrategia seria contra esta lacra social, más cruel en sus víctimas que el mismo terrorismo, tiene que emplearse más a fondo contra las personas y entidades causantes del tráfico internacional. Los drogadictos son, con frecuencia, agentes esclavizados por el dinero y la dependencia de esos *camellos* de cuello blanco que actúan en la sombra. Esta red internacional de la muerte se aprovecha de nuestra situación geográfica, de la fragilidad de nuestras fronteras —asediadas por la avalancha de 42 millones de turistas— y de nuestra crisis socioeconómica.

En el informe del Secretariado de las Naciones Unidas para el Control de Estupefacientes del año 1982 se advierte que son España y Holanda el objetivo estratégico de las grandes organizaciones de la droga, una vez desarticulada la *french connection*. Eligen a los más jóvenes, a las barriadas populares, donde es más fácil suscitar el síndrome de la dependencia económica. Por su situación dentro de España, se han cebado en Euskadi, Navarra, el Bajo Llobregat y las provincias más próximas a África.

El camino comenzado por nuestros legisladores es bueno. El artículo 344 del Código Penal (modificado el 27 de junio de 1983) se fija especialmente en las sustancias que causan grave daño a la salud y castiga con las penas máximas a los traficantes que abusen de su profesión, a los responsables de empresas y establecimientos y a los miembros de una organización que tuviera como finalidad difundir la mercancía maldita. Se ha nombrado un fiscal especial y se han celebrado reuniones con representantes de otros Gobiernos, como el italiano, EE UU y ahora Colombia. Pero todo esto no es más que un primer paso. Washington invierte cada año 100 millo-

\*Editorial de "EL PAIS" del 31-XII-1984.

nes de dólares en esta lucha. Son necesarios recursos económicos y humanos si se quiere vencer la amenaza.

El fiscal Jiménez Villarejo ha pedido más medios para lograr la colaboración interministerial, judicial y policial. No se ha dado la adecuada contestación a esta justa demanda. Las viejas discordancias entre los ministerios del Interior y de Justicia explican culpablemente la tardanza. El empleo por la policía de la droga intervenida para captar confidentes es, por lo demás, demasiado frecuente.

La insistencia policial en seguir mezclando la represión de droga dura y blanda, la tendencia de sectores sociales a denunciarla de igual modo y sin distinguos, la desinformación creciente sobre este tema, también son amenazas a tener en cuenta. Y todo ello beneficia a los traficantes. Si cualquier drogadicción es mala (sea el *porro*, el tabaco, el alcohol o las anfetaminas), la heroína es peor que todas ellas. Y es en torno a la heroína y la cocaína donde se ha tejido una enorme red de delincuencia internacional manejada por los *camellos* de cuello blanco. El tratamiento mera o principalmente represivo no resuelve por ello la cuestión. El terrorismo de la *mafia* de la droga tienta a las mismas fuerzas de seguridad del Estado, corrompe a las nuevas generaciones y degrada cualquier sociedad. He aquí una buena batalla para el Año de la Juventud 1985.

## 2. LOS SOCIALISTAS Y LA DROGA\*

El hecho de que el Partido Socialista se haya decidido a reflexionar sobre la estrategia a seguir ante el problema de la drogodependencia es algo que, sin duda merece felicitación. Con ello es posible que se salven varios años —vitales para el aumento del consumo— de dudas y parcheo en el control de una conducta que sólo ha empezado a preocupar cuando se ha convertido en un problema de inseguridad ciudadana.

Durante tres días, en Segovia, con asistencia de especialistas de afín ideología de varios países europeos que llevan más años luchando contra esta lacra social, los socialistas han visto la necesidad de endurecer las penas para reprimir el narcotráfico.

Sin embargo, todo parece indicar que el PSOE, que ha reconocido su culpabilidad histórica al haber asociado, en tiempos no muy lejanos, el consumo de droga a una conducta de progresía, no acaba de encontrar la decisión necesaria para plantar cara a los estragos de la drogodependencia en nuestro país. Mientras aduce en su descargo que la reforma introducida por su Gobierno en el artículo 344 del Código Penal ha sido malinterpretada, sigue proponiendo la plena despenalización del consumo de droga y que se reduzcan las penas establecidas para el pequeño traficante adicto si manifiesta su voluntad de someterse a una cura de deshabitación. Esta solución parcial sigue sin atacar el problema de raíz, ya que distinguir entre tráfico y tenencia para el consumo no deja de ser difícil, aunque el tráfico sea menor. De esta manera, el pequeño traficante seguirá siendo la puerta por la que continúe actuando impunemente el que se enriquece con la droga. Está claro que hay oferta de droga en la medida que hay demanda.

Aunque es verdad que el consumidor de droga llega a convertirse en un enfermo, el camino hacia la toxicodependencia tiene un comienzo y las consecuencias de empezar a andarlo no se le escapan al candidato a drogadicto, como no se le ocultan al que llega a depender del alcohol.

Aún cuando, según el PSOE, la reforma haya sido malinterpretada y ahora se apresure a afirmar que hubo quien confundió la expresión "drogas que no dañan gravemente a la salud" con el "cannabis", no cabe duda que es muy difícil hacer la dis-

---

\*Editorial del "YA" del 28-IV-1985.

tinción entre las drogas que causan grave daño a la salud y las que no lo hacen.

Como ha demostrado la experiencia de otros países, la droga mal llamada "blanda" es el primer paso para buscar otras experiencias alucinógenas más excitantes. Por ello, cabría afirmar que no hay ninguna droga que no cause o pueda causar, a la larga o a la corta, un grave daño a la salud.

Otro tema, que sólo es posible mencionar aquí, es el de la necesidad de acometer una verdadera política preventiva con aquellas poblaciones de alto riesgo. En este sentido, contrasta la preocupación socialista por la drogodependencia con la paralización del Plan de Prevención de la Delincuencia en tres barrios madrileños, cuyo incumplimiento han denunciado las asociaciones de vecinos.

La intención del PSOE de coordinar esfuerzos y unificar las líneas de acción de sus dirigentes, debería pasar por acabar con las meras declaraciones de principios para atajar una lacra que, además de haber contribuido a aumentar el número de delitos, está sobre todo, destruyendo a personas humanas.

### 3. LA DROGA: PROBLEMA SOBRE PROBLEMA\*

El PSOE se propone reestudiar su política en torno al consumo y tráfico de drogas. Para ello ha organizado, entre el 25 y 27 de este mes, una reunión en Segoriva, reunión que tiene el máximo interés puesto que, como nadie ignora, la política del PSOE es por lo general la política del Gobierno. Y en este sentido permítasenos decir que, vistos los enunciados de la reunión, no está muy claro lo que el Gobierno quiere hacer.

En primer lugar ya se crea de origen una confusión, lo que en nuestra expresiva lengua vernácula llamaríamos "fugir d'estudi". Se diluye el gran problema de la droga mezclándolo con el consumo de tabaco y alcohol, con lo cual se podría crear en el ciudadano ingenuo —y ya hace falta ser ingenuo para llegar a drogadicto— que inyectarse heroína viene a ser lo mismo que tomarse un coñac. No se trata aquí de alabar el tabaco ni el alcohol, que en efecto son un problema, sino de deslindar muy bien los campos, pues los efectos son muy distintos y las medidas a tomar completamente opuestas. Educativas, sin duda, en el caso del tabaco y el alcohol; policiales, sin duda, en el caso de la droga.

Hemos dicho policiales, y aquí parece surgir la segunda e inquietante imprecisión. Porque se pretende castigar con más dureza el tráfico, llegando hasta los "capitalistas" (de verdad celebraríamos que alguna vez fuese detenido un auténtico organizador y no un mensajero) pero se propugnará, parece, una mayor tolerancia con los pequeños traficantes consumidores de acepten someterse a cura. La medida es humanamente elogiada pero tiene dos defectos técnicos de capital importancia: a) no parece estar nada claro adónde acudir cuando alguien quiere desintoxicarse; b) se olvida que el pequeño traficante-consumidor es precisamente el que proporciona el acceso a la droga. De modo que si no detenemos a los grandes y no perseguimos a los pequeños, ¿qué va a pasar?

Sin duda —digámoslo claramente— la reunión rebosa buenas intenciones. Sin duda conviene que el tema se estudie a fondo. Pero concretando, sin vacilaciones, abordando el problema de frente y no diciendo que es un problema de libertades. Porque justamente si algo distingue al drogadicto es que deja de ser un hombre libre.

\*Editorial de "LA VANGUARDIA" del 23-IV-1985.