

## CONCLUSIONES DE LA «MEMORIA DEL GRUPO DE TRABAJO PARA EL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS DERIVADOS DEL ALCOHOLISMO Y DEL TRAFICO Y CONSUMO DE DROGAS»

La redacción del Boletín Nacional «Drogalcohol» ha considerado imprescindible publicar estas conclusiones a fin de conseguir una mayor difusión de ellas y una más directa información a los técnicos españoles.

Asimismo recomienda la «REVISTA DE SANIDAD E HIGIENE PUBLICA», que en su número 5-6, correspondiente al mes de MAYO-JUNIO de 1975, Año XLIX, publica la memoria completa. Dicha revista es editada por la DIRECCION GENERAL DE SANIDAD, Secretaría Técnica de la Dirección General de Sanidad, plaza de España, 17. Madrid-13.

### CONCLUSIONES

#### A) EL PROBLEMA DEL ALCOHOLISMO

##### **I. Bebidas alcohólicas: Disponibilidad, producción, consumo, publicidad e impuestos**

1) La disponibilidad de bebidas alcohólicas es creciente, tanto por aumento de la producción española como por aumento de la importación. Mientras ciertas exportaciones aumentan (brandys y licores) otras (vinos y cervezas) están prácticamente estabilizadas.

2) El consumo per cápita de vino, la bebida alcohólica más ampliamente utilizada, coloca a España en un tercer lugar en Europa, y el consumo per cápita del alcohol absoluto en el cuarto lugar. El consumo de bebidas alcohólicas ha aumentado tanto en número de consumidores como en cantidad de dinero invertido en el mismo.

3) Los aspectos económicos implicados en el consumo de alcohol son muy importantes, calculándose en 57.900 millones de pesetas el valor de la producción en 1974. Este volumen de producción implica factores laborales importantes, aparte de los estrictamente económicos.

4) La publicidad de las bebidas alcohólicas en los medios de masa, sobre todo TVE, demuestra ser un factor de gran importancia, tanto en sus implicaciones económicas como de fomento del consumo colectivo.

5) La fiscalidad derivada de las bebidas alcohólicas supuso en 1973, en sus dos impuestos principales (especial y de lujo), una recaudación de 6.853,9 millones de pesetas.

## **ii. Formas o pautas de consumo de bebidas alcohólicas por la población general**

1) El vino es con mucho la bebida preferida. Existen pautas de bebidas diferenciales según el nivel socioeconómico, existiendo en general un consumo más «pesado» de alcohol en los niveles bajos.

2) Las pautas de bebida de la población están cambiando con relativa rapidez, aumentando los consumos de bebidas con más alcohol y asimismo aumentando el consumo por las mujeres. La proporción de abstinentes de alcohol disminuye.

3) Existe un extenso consumo de bebidas alcohólicas en la población infantil en edad escolar.

4) Las pautas de consumo de bebidas alcohólicas varía en su forma y caracteres en las diversas regiones geográficas españolas.

5) En general, se asiste a un cambio en la función que determina el uso de alcohol, que está pasando de ser consumido como integrante de las pautas alimenticias a ser consumido como una droga que permite una relativa adaptación a las existentes circunstancias existenciales de una sociedad en transformación.

## **III. Actitudes colectivas hacia las bebidas alcohólicas**

1) Existe una actitud favorable al consumo de bebidas alcohólicas en la inmensa mayoría de la población.

2) Las bebidas alcohólicas son consideradas positivas en función de su papel como droga «socializadora» y en función de sus supuestas propiedades digestivas.

3) Puede afirmarse que en general el condicionamiento del uso habitual del alcohol es de origen sobre todo social y muy poco determinado psicopatológicamente.

4) Al nivel de los distintos grupos profesionales (médicos, pedagogos, etc.) existe una escasa percepción de la extensión e in-

tensidad del consumo de alcohol, sin posibles consecuencias, y muy importante, existen los diversos grupos profesionales que se sienten poco implicados en estas cuestiones.

#### **IV. Condicionamiento de las pautas de bebidas alcohólicas**

1) Todos los datos disponibles indican que el intenso y extenso consumo de alcohol por la población general española está fundamentalmente condicionado por factores de orden social, unos tradicionales y otros de reciente aparición, que están determinando cambios negativos muy importantes.

#### **V. La problemática alcohólica en la salud pública española**

1) De los diversos datos directos e indirectos de que se dispone pueden deducirse con fiabilidad suficiente que el 2,5 por 100 de la población general, como mínimo, son enfermos alcohólicos (850.000, aproximadamente), cifra a la que habría que añadir otro 5 por 100 de la población que siendo bebedores habituales de gran cantidad de alcohol están también en riesgo alto de ser alcohólicos. En este riesgo están un 1.700.000 personas.

2) En la patología médica destaca el origen alcohólico de más del 50 por 100 de las cirrosis hepáticas en España, enfermedad que en conjunto está llegando a ser la tercera causa de muerte en estos años.

3) El aumento de las complicaciones psiquiátricas es muy grande desde los años 50, llegando a ser más de la mitad de los ingresos en muchos hospitales psiquiátricos, y ocupando permanentemente una proporción alta de camas. El problema del alcoholismo agobia dramáticamente a la asistencia psiquiátrica, ya de por sí insuficiente.

4) En conjunto, puede estimarse el alcohol como la causa número 5 de muertes en España, pudiéndose afirmar que mueren por alcoholismo por lo menos 8.000 personas anualmente.

5) Accidentes por alcohol.

6) Socialmente puede estimarse que existe una población de cuatro o cinco millones de personas directamente afectadas por la conducta de los enfermos alcohólicos existentes.

La incidencia del absentismo laboral y la accidentabilidad laboral en el alcohólico son tres veces más importante que en el resto de la población.

7) Una estimación aproximada de los costes directos e indirectos atribuibles a los enfermos alcohólicos en España proporciona una cifra que supera fácilmente los 16.000.000 millones de pesetas al año.

## **VI. Características de los enfermos alcohólicos españoles**

1) La mayor parte de los enfermos alcohólicos han iniciado y aprendido su enfermedad por la existencia de ambiente alcohólico general.

2) La forma más frecuente de hábito alcohólico se caracteriza por un consumo prácticamente habitual sobre ella, por la aparición de pérdidas de control más o menos frecuentes.

3) La bebida más utilizada por los alcohólicos es el vino.

4) Los enfermos alcohólicos presentan patología médica, psiquiátrica y social prácticamente del 80 al 90 por 100 de los casos; concretamente se comportan antisocialmente el 10 por 100 y delictivamente el 4 por 100.

5) La proporción de enfermas alcohólicas (alcoholismo en la mujer) está aumentando muy rápidamente, y su forma y complicaciones tóxicas se acercan a las que presenta el hombre.

6) Existen casos de alcoholismo en la infancia, importantes por su significado. Existen asimismo casos más frecuentes en la edad juvenil.

7) En la vejez el alcoholismo resulta ser un problema importante. En las residencias de ancianos puede estimarse en 3,5 por 100 la proporción de alcohólicos que dan lugar a graves situaciones.

8) El alcohólico delincuente internado en instituciones penitenciarias es frecuentemente de clases socioeconómicas bajas; relativamente pocos alcohólicos son objeto de la aplicación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social.

9) También el análisis de los enfermos alcohólicos permite demostrar la importancia del ambiente alcohólico general por una parte, y la de los condicionamientos de una sociedad en transformación, que determina incluso un cambio en la expresividad sistemática de la dependencia alcohólica y una marginación social creciente del enfermo que la misma sociedad ha producido.

## **VII. Actitudes colectivas frente al alcoholismo y la enfermedad alcohólica**

1) Colectivamente el alcohólico es considerado como enfermo, con importantes aspectos sociales, por sectores cada vez más amplios de la sociedad.

2) Esta misma consideración de alcoholismo-enfermedad está incluso extendida en las profesiones sanitarias y sociales.

3) Los propios enfermos alcohólicos tienden a percibirse a sí mismos como enfermos necesitados de tratamiento y asistencia y susceptibles de rehabilitación.

## **VIII. Recursos asistenciales médico-sociales existentes para el tratamiento y rehabilitación de los enfermos alcohólicos**

1) Los servicios asistenciales que existen específicamente para los enfermos alcohólicos son absolutamente insuficientes y precarios, no existiendo más que algunos servicios ambulatorios.

2) No existen centros de internamiento específicos para estos enfermos, excepto las insuficientes casas de templanza del Ministerio de Justicia.

3) Tampoco en el sector privado existen realizaciones a considerar.

4) Las escasas organizaciones voluntarias que colaboran en la rehabilitación del alcohólico llevan una precaria existencia sin recibir estimulación ni ayuda alguna.

5) Existe una carencia absoluta de dispositivos fundamentalmente sociales de readaptación y resocialización de enfermos alcohólicos.

## **IX. Recursos preventivos existentes**

1) Aunque existen algunos servicios oficiales interesados en estas actividades, destaca la insuficiencia y práctica carencia de estas actividades a un nivel colectivamente digno de ser tomado en cuenta.

2) Existe una notable falta de información y formación en cuestiones de alcoholismo, incluso a nivel de grupos profesionales directamente implicados en estas cuestiones.

3) No existe estimulación ni promoción oficial alguna específica en estas cuestiones.

## **X. Investigación en alcoholismo**

1) Aunque existen algunas actividades dispersas, sobre todo orientadas a aspectos clínicos y epidemiológicos, la investigación de problemas alcoholológicos básicos y aplicados, tanto a nivel biológico como sociológico, es prácticamente inexistente.

## **XI. Consideración legal y administrativa del enfermo alcohólico y el alcoholismo**

1) La regulación legal y administrativa contempla al alcohólico como un enfermo a todos los efectos asistenciales y judiciales, salvo excepciones en aspectos concretos. La Seguridad Social no se hace cargo de la hospitalización del enfermo psíquico y, por ende, del alcohólico.

2) Existe en la actualidad una regulación legal del problema del alcohol en el tráfico.

## **B) EL PROBLEMA DE LAS DROGAS**

### **I. Disponibilidad y consumo lícito de drogas**

1) La disponibilidad y consumo lícito de estupefacientes derivados de la morfina está estrictamente controlada por el Servicio de Control de Estupefacientes de la Dirección General de Sanidad.

2) La disponibilidad de control de sustancias psicotrópicas plantea problemas importantes, asistiéndose a un consumo incluso masivo de alguna de estas sustancias, sobre todo de los analgésicos.

3) Existe un control insuficiente a todos los niveles de las drogas de consumo legal (anfetaminas, barbitúricos, tranquilizantes, analgésicos, etc).

4) Dentro de estas sustancias, el consumo habitual de anfetaminas es muy frecuente en la población, sobre todo juvenil, y el de compuestos analgésicos y estimulantes, así como el de tranquilizantes, en la población adulta.

5) Los factores económicos implicados en estas cuestiones son muy importantes, tanto a nivel de industria productora como de distribución. Existe a veces una estimulación publicitaria del consumo.

## **II. Disponibilidad y consumo ilegal de drogas**

1) España participa intensamente como estación de paso en el tráfico internacional de drogas de todo tipo.

2) El consumo ilegal de estupefacientes aumenta en España en los últimos años.

3) En el tráfico ilegal de anfetaminas, droga de la cual España aparece como país exportador en grandes cantidades, plantea grandes problemas nacionales e internacionales.

4) La droga de consumo ilegal más utilizada en España es cannabis, en las diversas preparaciones, cada día más concentradas.

5) En general, el consumo ilegal de drogas se hace a partir de varias de ellas.

6) La eficaz represión del tráfico ilegal de drogas, tanto por la Brigada Especial de Estupefacientes como por la Guardia Civil, demuestra un aumento en flecha en los últimos años tanto de personas implicadas como de cantidad de sustancias aprehendidas.

7) Aunque existen zonas de mayor actividad de tráfico de drogas, no puede hablarse de regiones indemnes para este problema.

8) En la expansión de consumo de drogas que se vive actualmente juegan papel importante los traficantes, ya organizados, y asimismo los consumidores-trafficantes.

9) Los grupos de edad afectados por el consumo de drogas ilegales son, sobre todo, los juveniles, con menos de veinticinco y aun de veintiún años.

10) Los datos permiten suponer que las dos terceras partes de consumidores de drogas ilegales lo hacen habitualmente.

11) No puede estimarse la cantidad de personas consumidoras de drogas ilegales.

## **III. Actividades colectivas frente a las drogas**

1) Existe en términos colectivos un desconocimiento prácticamente total respecto a las drogas y una falta de percepción de su problemática.

2) En los escasos sectores en que existen actitudes definidas suele existir defecto de información y las actitudes vienen determinadas emocionalmente por ideologías antidroga y prodroga, sin base objetiva.

3) En los diversos grupos profesionales existe amplia falta de información objetiva.

#### **IV. Los orígenes del consumo de las drogas**

1) El amplio y creciente consumo de drogas (legales e ilegales) que efectúa la comunidad española viene determinado sobre todo por actitudes colectivas que fomentan la demanda, de una parte, y por insuficiencia de los medios de control y de represión, de otra parte.

#### **V. Problemática del consumo anormal en España**

1) Es prácticamente imposible con los datos y controles actuales conocer ni aproximadamente la extensión del problema del consumo patológico de drogas en España.

2) Los datos disponibles sugieren un aumento de los enfermos dependientes de anfetaminas, barbitúricos, cannabis, alucinógenos y aun de estupefacientes.

3) Los enfermos de otro origen (cancerosos), consumidores de extradosis de estupefacientes, se mantienen en límites controlados y estables.

4) Los enfermos dependientes de drogas ilegales lo son frecuentemente de cannabis, y su procedencia sociocultural es tanto del sector productor como estudiantil, siempre con gran preferencia por la edad juvenil inferior a veinticinco años.

5) La problemática médica y psiquiátrica presentada es muy intensa (25 por 100 de los casos).

6) La problemática social es la más importante, con marginación y desajuste muy notables, llegando a la antisocialidad en 12 por 100 y a la delictividad en 19 por 100.

7) La capacidad de contagio y proselitismo entre los enfermos dependientes de drogas es enorme.

8) La iniciación de la dependencia está muy frecuentemente en relación con experiencias y pautas del grupo social y poco frecuentemente en relación con una psicopatología previa.

9) Los toxicómanos procedentes de medios extranjeros constituyen una gran fuente de contagio.

10) Existen casos de dependencia de drogas en la población infantil, alguno mortal, aunque se desconoce la extensión total del problema.



11) Se estima en un 1 por 100 de la población general la que consume patológicamente drogas de disponibilidad legal, sobre todo analgésicos y estimulantes, con una expresividad social menos «abierta». Las consecuencias de todo tipo son cada vez más frecuentes.

12) Se asiste en España a una escalada de las drogas tanto en el mayor número de personas que toman patológicamente drogas diversas, legales e ilegales, como a la tendencia a consumir drogas cada vez más patógenas y habituales.

## **VI. Actitudes colectivas frente al consumo anormal de drogas**

1) Existe un amplio desconocimiento y carencia de actitudes en estas cuestiones.

2) En los sectores en que existen actitudes se tiende a percibir a la persona dependiente de las drogas como un contestatario social, valorado positiva o negativamente según quien lo considere.

3) Coherentemente con lo anterior no se percibe al dependiente de drogas como enfermo.

4) Salvo grupos muy reducidos de profesionales (entre ellos, los que participan en la represión del tráfico), tampoco existe una actitud de reconocimiento del carácter patológico de la dependencia y coherentemente de sus posibilidades de tratamiento y rehabilitación.

5) Los propios enfermos dependientes no se perciben a sí mismos como tales, viviendo las medidas terapéuticas coercitivamente.

## **VII. Recursos asistenciales, médicos y sociales, para el tratamiento y la rehabilitación de los enfermos toxicómanos**

1) No existen en la práctica centros especializados de tratamiento y rehabilitación, a pesar de estar previstos por las Leyes vigentes.

2) Existen insuficientes casas de templanza para la aplicación de la Ley de Peligrosidad Social.

## **VIII. La prevención de las toxicomanías y el abuso de drogas**

1) Existen tres servicios fundamentales, que trabajan eficazmente en este campo a través de la represión y el control del tráfico y la producción.

- Servicio de Control de Estupefacientes de la Dirección General de Sanidad.
- Brigada Especial de Estupefacientes de la Dirección General de Seguridad.
- Grupos Antidrogas de la Dirección General de la Guardia Civil.

2) Todos estos Servicios aquejan insuficiencia de medios materiales y humanos para la responsabilidad que tienen que afrontar.

3) En relación con lo anterior, debe destacarse el cumplimiento defectuoso o franco incumplimiento de la legislación vigente y los Convenios internacionales suscritos.

4) Las actividades preventivas de tipo informativo, educativo, etc., no existen a nivel colectivamente considerable.

5) Existen escasas e insuficientes actividades formadoras de personal especializado.

#### **IX. La investigación sobre problemas de drogas**

1) Aunque se desarrollan investigaciones importantes por alguno de los Servicios competentes, se destaca la radical insuficiencia de investigaciones ante la magnitud de los diferentes aspectos del problema.

#### **X. Consideración legal y administrativa de los enfermos toxicómanos**

1) Como para el alcoholismo, legalmente la persona dependiente de drogas es considerada enferma a todos los aspectos.

#### **XI. Política de actuación general en el problema del alcoholismo y las toxicomanías**

1) Destaca como conclusión operativa, la falta de un programa coordinado de acción y de integración de las diversas entidades oficiales y privadas actualmente existentes en estos campos.

Esta incoordinación hace más precaria la radical insuficiencia de los recursos actualmente existentes para afrontar el problema del alcoholismo y el tráfico y abuso de drogas en España.

# **PROPUESTA DE MEDIDAS A ADOPTAR PARA HACER FRENTE A LOS PROBLEMAS PLANTEADOS POR EL ALCOHOLISMO Y EL TRAFICO Y CONSUMO DE DROGAS EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA**

## **I. Medidas generales**

1. Como primera medida se sugiere que, una vez finalizado el encargo recibido por la Comisión Interministerial, se dé a ésta carácter de permanencia, al objeto de cumplir, con la deseable continuidad, una misión de impulso, desarrollo, control y coordinación en la aplicación y eficacia de las medidas concretas que el Gobierno acuerde.

2. Dotación a la Comisión Interministerial de un órgano ejecutivo y de trabajo, radicado en la Secretaría General Técnica del Ministerio de la Gobernación.

3. Además de cuantas otras funciones pudieran serle atribuidas, el órgano citado debería tener como misión inicial, una vez aprobadas por el Gobierno las medidas oportunas, el establecimiento de un Plan o programa de acción, estructurado en fases operativas concretas y especificadas, tanto para los problemas del alcoholismo como para los de la dependencia de las drogas.

Dicho Plan debería aprovechar al máximo todos los recursos disponibles, posibilitando la participación de todas las personas y entidades interesadas y/o expertas en estos problemas. Las actividades deberán preverse por fases de acción previamente estudiadas y coordinadas. Deberá cuidarse especialmente, tanto en la prevención como en la asistencia a estos problemas y a las personas y grupos afectados, de la coordinación más adecuada posible de todo tipo de entidades y organismos de acción social y sanitaria, tanto públicos como privados.

## **II. Propuesta de medidas concretas**

A continuación se expone una serie de propuestas concretas y generales que el Grupo considera conveniente elevar a la Comisión Interministerial para su consideración inmediata. Al final de dichas propuestas se destacan aquellas que se consideran de carácter más urgente. Cuando ello ha sido posible se efectúa una estimación económica aproximativa de la propuesta en cuestión.

## **A) ALCOHOLISMO.**

### **I. Normas administrativas sobre el consumo y disponibilidad**

#### **1. Limitaciones del consumo:**

- Medidas adecuadas (arancelarias, etc.) para limitar la importación y aumentar la exportación de bebidas alcohólicas.
- Educación de los consumidores potenciales para lograr pautas sanas de bebida.
- Estudio cuidadoso de las ventajas e inconvenientes en todos los aspectos de una posible limitación de la producción.

#### **2. Medidas fiscales:**

- Estudio de la posible utilización de parte de la fiscalización alcohólica para la atención a actividades antialcohólicas.

### **II. Acciones sobre las actitudes de la colectividad**

1. Difusión de pautas sanas de bebida mediante una educación positiva en la población escolar (E. G. B., B. U. P., Enseñanza Laboral y Universitaria, etc.). Propaganda e información sobre pautas sanas de bebida en adultos, mujeres y ancianos.

2. Medidas legales, administrativas y sociales adecuadas para moderar, orientar y anular cuando sea preciso la propaganda pro-alcohólica actualmente sin control.

3. Difusión de pautas sanas de vida, desarrollando programas generales de salud mental, sobre todo dirigidas al trabajo y al ocio.

### **III. Acciones sobre la actitud de grupos seleccionados de población**

1. Integración de conocimientos alcohólicos suficientes en los estudios profesionales de los médicos, farmacéuticos, A. T. S., asistentes sociales, policías, criminólogos, sacerdotes, sociólogos, psicólogos, técnicos de la información, etc.

2. Formación de personal especializado de distinto nivel para participar en las tareas preventivas y asistenciales.

### **IV. Asistencia especializada al enfermo alcohólico**

1. Asistencia especializada a las complicaciones médicas del alcoholismo mediante el desarrollo de programas antialcohólicos en el hospital general, en los hospitales antituberculosos y en las residencias geriátricas.

Desarrollo de programas antialcohólicos en hospitales e instituciones psiquiátricas.

2. Asistencia médico-social especializada a la enfermedad alcohólica:

a) Creación de *dispensarios para alcohólicos y toxicómanos*.

Aunque en total serán necesarios, como mínimo, un dispensario para cada 500.000 habitantes, en una primera fase es preferible comenzar estableciendo 30 de dichos dispensarios en la geografía nacional en las zonas más afectadas.

De acuerdo con los módulos utilizados por la Comisión de Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social del IV Plan de Desarrollo, el coste de inversión para cada dispensario puede calcularse en 3.000.000 de pesetas, y el mantenimiento anual, en 3.490.000 pesetas.

Los gastos de inversión de los 30 dispensarios supone 90.000.000 de pesetas.

Los gastos de mantenimiento anual de los 30 dispensarios suponen 104.700.000 pesetas.

b) Creación de *Unidades de Desintoxicación y Deshabitación para alcohólicos en hospital general*.

Aunque en principio son necesarias 20 unidades de 25 camas anejas a hospitales generales para estancias muy cortas de enfermos alcohólicos en las capitales de provincia, en una primera fase puede partirse con 10 unidades.

Los gastos de inversión para cada unidad son de 15.000.000 de pesetas. Los gastos de mantenimiento anual de cada unidad son de 8.900.000 pesetas.

Los gastos de inversión de las 10 unidades suponen 150.000.000 de pesetas.

Los gastos de mantenimiento anual de las 10 unidades suponen 89.000.000 de pesetas.

c) *Hospitales para enfermos alcohólicos*.

Se consideran necesarios tres hospitales, de 100 camas cada uno, para estancias de duración media de enfermos alcohólicos. Los gastos de inversión por cada hospital se calculan en 60.000.000 millones de pesetas, y los de mantenimiento anual, en 23.377.000 pesetas.

Los gastos de inversión de los tres hospitales son 180.000.000 de pesetas.

Los gastos de mantenimiento anuales de los tres hospitales son de 70.131.000 pesetas.

d) *Colonias agrícolas para enfermos alcohólicos.*

Destinadas a estancias muy prolongadas de enfermos alcohólicos, deben planearse cinco colonias agrícolas de 50 camas cada una. Los gastos de inversión por unidad pueden calcularse en 10.000.000 de pesetas, y los de mantenimiento anual, en 4.291.000 pesetas.

Los gastos de inversión de las cinco colonias agrícolas suponen 50.000.000 de pesetas.

Los gastos de mantenimiento de las cinco unidades agrícolas suponen 21.455.000 pesetas.

e) *Hogares poscura.*

Con la finalidad de fomentar la rehabilitación después de la cura, y aunque, como mínimo, deberá preverse un hogar poscura de 25 camas en cada capital de provincia o ciudades equivalentes, en una primera fase se proponen 10 hogares, cuyos gastos de inversión por unidad se calculan en 9.500.000 pesetas, y cuyos gastos de mantenimiento anual se prevén asimismo en 2.566.000 pesetas.

Los gastos de inversión de los 10 hogares poscura suponen 95.000.000 de pesetas.

Los gastos de mantenimiento anual de los 10 hogares poscura suponen 25.660.000 pesetas.

f) *Asociaciones de ex enfermos.*

Promoción y subvención de este tipo de entidades: puede calcularse en 500.000 pesetas el presupuesto anual de cada una de ellas. Deben preverse 10.000.000 de pesetas para el desarrollo y potenciación de 20 entidades.

g) *Intensificación en número y recursos de casas de templanza dependientes del Ministerio de Justicia.*

En ellas, además de aumentar su número, debe preverse la separación de enfermos alcohólicos y enfermos toxicómanos de otras drogas.

h) *Asistencia social a la familia y a los enfermos.*

Ayuda económica y social a las familias y asimismo bolsas de ayuda económica que hagan posible el tratamiento y rehabilitación de los enfermos. Potenciación del Servicio de Bienestar Social y de Cáritas para su acción en esta área.

i) Ayuda económica a entidades privadas que hacen asistencia antialcohólica, como Grup-Teral y similares.

j) Potenciación de las actividades de Cáritas con los alcohólicos marginados y sin hogar, mediante las inversiones oportunas.

## V. Prevención del alcoholismo

1. Creación de un centro de orientación e información sobre alcoholismo en Madrid y otro en Barcelona. En una primera fase, esta actividad puede ser desarrollada por uno de los Dispensarios paralelamente a su actividad asistencial.

2. Desarrollo de programas de formación e información anti-alcohólica en conexión con el Ministerio de Educación y Ciencia.

3. Desarrollo de formación e información anti-alcohólica en conexión con el Ministerio de las Fuerzas Armadas.

4. Desarrollo de programas de formación e información anti-alcohólica con la colaboración del Plan Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo, utilizando y potenciando los recursos detectores e informativos (Centro Nacional de Documentación, etc.) de éste.

5. Ayuda a las sociedades científicas (Socidrogalcohol) y a Grupos y Asociaciones de ex enfermos en sus actividades preventivas.

## VI. Investigación.

1. Coordinación y colaboración con los departamentos universitarios del Consejo Superior de Investigación Científica y otras entidades públicas o privadas, promocionando, mediante las oportunas subvenciones y premios, investigaciones básicas y aplicadas sobre Alcohol y Alcoholismo.

2. Análogamente, realización y potenciación de investigaciones sociológicas, epidemiológicas, asistenciales y clínicas coordinadas.

3. Edición y difusión de una Revista o Boletín de Información Técnica.

## VII. Normas legales

1. Revisión de la Ley de 1931 de ingreso de enfermos psíquicos para hacer posible su modernización y la coordinación con el tratamiento ambulatorio de los enfermos por indicación médica.
2. Facilitación del tratamiento ambulatorio involuntario u obligatorio del alcohólico, tanto por indicación médica como social.
3. Puesta al día de la legislación sobre la disponibilidad de bebida a menores de edad.
4. Posibilidad de tratamiento y rehabilitación del alcohólico en los sistemas sanitarios de la Seguridad Social o, en su defecto, a expensas de aquélla.
5. Desarrollo de las estadísticas sanitarias y sociales.
6. Puesta a punto de un control bromatológico de calidad de las bebidas alcohólicas.
7. Expresión clara de la graduación alcohólica en los envases.
8. Regulación y limitación de la publicidad de bebidas alcohólicas, teniendo en cuenta tanto la caridad de la misma como el tipo de ideas e imágenes difundidas.
9. Reglamentación y control del consumo de bebidas alcohólicas en las escuelas y otros centros de enseñanza.

## B) DROGAS

### I. Actuaciones sobre la disponibilidad, el consumo y su control

1. Potenciación del *Servicio de Control de Estupefacientes y Psicotrópicos* de la Dirección General de Sanidad para hacer posible el control efectivo de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas, dándole el rango y medios que las Leyes determinan.
2. Cumplimiento estricto de la normativa legal existente en España, así como de los acuerdos internacionales.
3. Establecimiento de la normativa administrativa eficaz para reducir el consumo de analgésicos, estimulantes y otros psicotrópicos.
4. Normativas para la información toxicológica en envases farmacéuticos.



5. Regulación de la Brigada Especial de Estupefacientes de la Dirección General de Sanidad, que, acometida de modo paulatino y según dicho organismo, representaría un coste total de 24.440.000 pesetas, repartidas en los siguientes conceptos:

	<u>Pesetas</u>
1. Personal ... ..	6.472.440
2. Locales y mobiliario.. ... ..	5.460.000
3. Material de oficina ... ..	1.614.000
4. Automóviles y radioteléfonos ... ..	8.095.172
5. Equipos técnicos... ..	2.708.500

6. Intensificación de la lucha contra los laboratorios clandestinos o la actividad clandestina de laboratorios reconocidos que produzcan o transformen drogas ilícitamente.

7. Reconocimiento específico y potenciación de los grupos anti-drogas de la Guardia Civil. En relación con ello, estudio de las fórmulas adecuadas para asegurar la necesaria coordinación de tales grupos antidroga con los servicios correspondientes de la Dirección General de Seguridad.

8. Potenciación de los recursos de los Servicios Aduaneros y del Control de Fronteras.

## **II. Actividades sobre actitudes colectivas**

1. Control de las actividades informativas en estos campos, no utilizando los medios de masas, salvo excepciones en una primera fase, e impidiendo informaciones deformadas y en alguna forma estimulantes del consumo de drogas.

2. Atender a las demandas concretas de información, dosificando y orientando la misma cuidadosamente.

3. Desarrollo de programas de información y educación sobre consumo de drogas de tráfico legal.

4. Desarrollo de programas formativos e informativos acerca de las drogas en grupos especiales de la población (Pedagogos, Policías, Educadores, Sanitarios, Farmacéuticos, Trabajadores Sociales, Sociólogos, Psicólogos, etc.), tendente a lograr actitudes neutras e higiénicas de base no ideológicas.

5. En relación con lo anterior y una vez logrado, planear el comienzo de la educación antidroga a nivel de infancia y juventud y en diversos campos específicos, como el ambiente militar y laboral.

6. Intensificación de los programas de formación de personal especializado a todos los niveles.

### III. Asistencia especializada a los enfermos dependientes de drogas

1. Asistencia especializada de la dependencia:

a) *Dispensarios para enfermos toxicómanos.*

Aunque en su día pueda pensarse en una especialización de equipos médico-sociales para estos enfermos, en el momento actual es ineludible que la atención sea prestada en los mismos dispensarios establecidos para los enfermos alcohólicos.

b) *Unidades de desintoxicación y deshabitación para enfermos toxicómanos.*

Preferentemente anejas a clínicas psiquiátricas de hospitales generales (universitarios, etc.), en principio puede estimarse conveniente el funcionamiento de tres unidades de 25 camas, con un gasto de inversión por unidad de 15.000.000 de pesetas y de mantenimiento anual de 8.900.000 pesetas.

Los gastos de inversión de las tres unidades se estiman en 45.000.000 de pesetas.

Los gastos de mantenimiento anual de las tres unidades se estiman en 26.700.000 pesetas.

c) *Instituciones para estancias prolongadas.*

Es necesario contar con una residencia-hospital de 100 camas para estancias relativamente prolongadas.

El gasto de inversión de dicha institución se estima en 60.000.000 de pesetas.

El gasto de mantenimiento anual se estima en 23.377.000 pesetas.

d) *Colonia agrícola.*

Destinada a estancias aún más prolongadas, en principio puede establecerse una colonia agrícola de 50 camas.

Los gastos de inversión de dicha colonia se estiman en 10.000.000 de pesetas.

Los gastos de mantenimiento anual se estiman en 4.291.000 pesetas.

e) *Hogares poscura.*

Con la finalidad de facilitar la rehabilitación de los enfermos después de la cura, se propone el establecimiento de tres hogares poscura para 25 enfermos cada uno. Deberá tratarse de que sean dirigidos o coordinados con grupos de ex enfermos. Los gastos de inversión de cada hogar poscura se supone en 9.500.000 pesetas. Los gastos de mantenimiento anual, en 2.566.000 pesetas.

Los gastos de inversión de los tres hogares poscura se mantienen en 28.500.000 pesetas.

Los gastos de mantenimiento anual de los tres hogares poscura se mantienen en 7.698.000 pesetas.

f) *Promoción y ayuda a las asociaciones y grupos de ex enfermos.*

No existiendo ni embrionariamente en la actualidad, en principio deben organizarse con su base en los centros citados anteriormente.

g) *Intensificación de recursos de las casas de templanza dependientes del Ministerio de Justicia.*

h) En relación con la aplicación de la Ley la Peligrosidad y Rehabilitación Social, formación de un Cuerpo de Delegados de Vigilancia Especializados en esas cuestiones para favorecer la rehabilitación tras el período de internamiento.

i) *Asistencia social.*

A las familias y a los enfermos: Ayuda económica y social a la familia y bolsas de tratamiento para los enfermos.

#### **IV. Prevención del abuso de drogas**

1. Creación de un Centro de orientación e información sobre drogas y su abuso en Madrid y otro en Barcelona, que podría coincidir con los centros de información antialcohólica y los Institutos de Toxicología y también estar en relación con la organización asistencial.

2. Control sanitario y social de las actividades divulgadoras y supuestamente educadoras en estos campos, seleccionando asimismo la información, en una primera fase, dirigida sobre todo a personas y profesiones de trascendencia comunitaria.

3. Potenciación y utilización de los recursos informativos de las profesiones sanitarias muy importantes farmacéuticos, incluso a nivel de oficinas de farmacia, médicos, A. T. S., etc.

4. Ayuda y subvención económica a las sociedades científicas existentes en estas áreas (Socidrogalcohol, etc.).

## V. Investigación

1. Promoción y subvenciones para la investigación sobre cuestiones básicas y aplicadas referentes a las drogas en departamentos universitarios, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, etc.

2. Promoción de actividades investigadoras aplicadas por los diversos organismos que colaboran en el control y asistencia de las drogas y los enfermos dependientes:

Servicio de Control de Estupefacientes, Dispensarios Médico-Sociales, Centros Hospitalarios, Instituto de Toxicología, Brigada de Estupefacientes, Grupos Antidroga de la Guardia Civil, Instituto de la Juventud, etc.

Concretamente el Instituto de la Juventud estima en 600.000 pesetas el costo de la investigación en vías de realización actual sobre el consumo de drogas y alcohol por la juventud española.

3. Subvenciones y premios para la elaboración de trabajos de investigación de aspectos sociales, epidemiológicos, clínicos, etc., en relación con la prevención o la asistencia de la dependencia de las drogas.

4. Edición de un boletín o revista informativa de nivel técnico suficiente, que en principio debería ocuparse conjuntamente de los problemas del alcohol y las drogas.

## VI. Normativa legal

Entre otras, aparecen dignas de consideración las siguientes normativas:

1. Sobre regulación y limitación de la publicidad explícita e implícita de las drogas.

2. Modificación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, haciendo coherente el tratamiento que da al ebrio habitual como estado peligroso con en el de consumidor habitual de drogas, toxicómanos o no. Subsanan la falta de consideración del consumo de drogas lícitas como indicador de estado peligroso.

3. Regulación legal y administrativa adecuada y eficaz de la receta médica.

4. Elaboración del Reglamento de la Ley 17/1967, con particular consideración, entre otras cuestiones del control de los extranjeros drogadictos peligrosos, la clarificación y delimitación de las responsabilidades de los diversos organismos implicados en el control del tráfico de drogas, consideración de una central de datos, etc.

5. Modificación y modernización del Código Penal en relación con el consumo de las drogas.

**PROPUESTAS CONCRETAS QUE SE CONSIDERAN DE URGENCIA,  
INCLUIDAS EN LAS ANTERIORES**

1. Establecimiento de los centros asistenciales necesarios regulados por la legislación vigente.

2. Promulgación del Reglamento de la Ley 17/1967.

3. Permanencia de la actual Comisión Interministerial que haga posible la coordinación de los Servicios interesados.

4. Control de publicidad pro alcohólica y pro droga.

5. Control de la venta de bebidas a menores y jóvenes.

6. Potenciación de las actuales casas de templanza del Ministerio de Justicia.

7. Control del movimiento de extranjeros diseminadores del consumo de drogas.